

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PALERMO
Facoltà di Economia
Corso di Laurea in Statistica ed Informatica
per la Gestione e l'Analisi dei dati



La costruzione di indicatori di soddisfazione
in sanità con il confronto tra distribuzioni

Rapporto di stage di:
Clara Romano

TUTOR UNIVERSITARIO
Massimo Attanasio

TUTOR AZIENDALE
Pietro Ferrara

Indice

| | |
|---|---------|
| <u>Introduzione</u> | pag. 3 |
| <u>Capitolo 1:</u> La qualità | pag. 5 |
| 1.1 Definizione di qualità..... | pag. 6 |
| 1.2 Concetto di salute..... | pag. 7 |
| 1.3 Le dimensioni della qualità..... | pag. 7 |
| <u>Capitolo 2:</u> La Patient Satisfaction | pag. 10 |
| 2.1 Il concetto di soddisfazione..... | pag. 11 |
| 2.2 La soddisfazione nelle Aziende Sanitarie: la Patient Satisfaction..... | pag. 12 |
| 2.3 Alcuni aspetti della letteratura sulla Patient Satisfaction..... | pag. 13 |
| 2.4 Il questionario: strumento di rilevazione..... | pag. 14 |
| 2.4.1 Il nostro questionario..... | pag. 15 |
| <u>Capitolo 3:</u> Analisi dei risultati | pag. 17 |
| 3.1 Analisi preliminari..... | pag. 19 |
| 3.2 Misurare la soddisfazione dei pazienti dell'IsMeTT: due ipotesi di lavoro..... | pag. 22 |
| 3.2.1 La dissomiglianza tra la distribuzione teorica e quella osservata..... | pag. 34 |
| 3.3 Tool informatico per la rilevazione della Patient Satisfaction..... | pag. 36 |
| <u>Conclusioni</u> | pag. 40 |
| <u>Appendice</u> | pag. 41 |
| <u>Bibliografia</u> | pag. 52 |

Introduzione

L'obiettivo principale di un'azienda moderna, che offre servizi al pubblico, è di curare il rapporto con il cliente offrendo un servizio che sia in grado di soddisfarlo. Anche le aziende ospedaliere hanno il compito di perseguire tale obiettivo, nel tentativo di fornire servizi e prestazioni che possano condurre ad una piena soddisfazione dei pazienti.

Il Decreto Ministeriale 15.10.96 (applicazione dell'art.14 del D.Lgs. 502/92) prevede la somministrazione sistematica o occasionale dei questionari di gradimento sul ricovero ospedaliero. Per il rispetto di tale esigenza legislativa le Aziende Sanitarie devono prevedere un sistema per il monitoraggio della Patient Satisfaction. La Patient Satisfaction ha come obiettivo la misurazione del livello di soddisfazione percepito dai pazienti rispetto alla loro esperienza.

Da tale obiettivo nasce il nostro lavoro, che è il risultato dell'attività di stage svolta nel periodo tra settembre 2004 e maggio 2005, presso l'Istituto Mediterraneo per i Trapianti e le Terapie ad alta Specializzazione (IsMeTT), un centro medico specializzato internazionale che si rivolge ai paesi del mediterraneo. È una struttura moderna e dinamica dedicata prevalentemente al trapianto di organi e alle terapie per il trattamento delle insufficienze d'organo allo stadio terminale. Nasce come progetto di Sperimentazione Gestionale in campo sanitario, partnership tra il Centro Medico dell'Università di Pittsburgh (UPMC Health System) e due strutture ospedaliere pubbliche italiane, l'Ospedale Cervello e l'Ospedale Civico di Palermo.

L'obiettivo del nostro tirocinio è stato quello di analizzare i dati relativi alla Patient Satisfaction, utilizzando le informazioni contenute in 163 questionari compilati dai pazienti ricoverati all'IsMeTT nel periodo tra maggio 2003 e febbraio 2004.

Questo lavoro è complementare al lavoro condotto da Rossella Alduino, in quanto il lavoro e le analisi oggetto dei due rapporti di stage sono stati realizzati da entrambe, anche se Rossella Alduino ha curato la parte relativa alla costruzione di indicatori, mentre il presente lavoro è articolato nel seguente modo:

- nel capitolo 1 viene descritto il concetto di qualità, con particolare riferimento al confronto tra qualità prestata da un'azienda sanitaria e qualità percepita dal paziente;
- nel capitolo 2 vengono presentate le principali caratteristiche della Customer Satisfaction nelle aziende sanitarie ed inoltre viene descritto il questionario, utilizzato per svolgere la nostra analisi di Patient Satisfaction;

- nel capitolo 3 viene riportata l'analisi dei risultati e vengono illustrate le procedure che hanno condotto alla realizzazione di un tool informatico;
- nell'appendice, infine, si riporta il questionario insieme a tutte le tabelle e grafici relativi alla distribuzione delle risposte date dai pazienti a ciascuna domanda.

CAPITOLO 1

“La qualità”

1.1 Definizione di qualità

1.2 Concetto di salute

1.3 Le dimensioni della qualità

1.1 Definizione di qualità

Sono ormai molteplici e sempre più pressanti gli stimoli, nei confronti delle Aziende Sanitarie, all'introduzione di meccanismi che siano in grado di gestire la qualità. Questi meccanismi non devono essere solo orientati al Controllo della qualità, ma devono consentire all'azienda di inserirsi in un processo di *miglioramento continuo* della qualità delle prestazioni erogate e dei servizi forniti.

Per iniziare a parlare di qualità e di come può essere declinata all'interno degli ospedali, occorre, dapprima, dare uno sguardo sul costruito.

Reevers e Bednar (1994) affermano che la ricerca di una definizione universale di qualità, non ha condotto a risultati apprezzabili. Tale definizione non esiste, piuttosto vi sono diverse definizioni che sono adeguate a seconda delle circostanze. Nonostante non si trovi una "universalizzazione" del termine molte ricerche hanno aiutato gli studiosi e i manager a percepirla da prospettive diverse. Secondo Quartapelle la qualità è un valore assoluto, assimilabile all'assenza di difetti e per misurarla è sufficiente confrontare il prodotto con il campione di riferimento. Per Crosby (1994) la qualità è essere conforme alle richieste, mentre per altri autori un servizio (prodotto) è di qualità se non ha difetti (Taguucci 1989). Per Juran la qualità è intesa come "idoneità all'uso" per il quale il servizio è stato costruito.

La definizione generale di qualità, attualmente accettata in tutto il mondo, descrive la qualità nel seguente modo:

la qualità è l'insieme delle caratteristiche di un'entità che ne determinano la capacità di soddisfare esigenze espresse e implicite.

Per definire in modo esplicito e formale il Sistema Qualità, per esempio, di un'Azienda Sanitaria si deve precisare che cosa sia un'Azienda Sanitaria, quali siano le caratteristiche e quali siano le esigenze che è chiamata a soddisfare.

La teoria afferma che un'Azienda, in generale, è un'organizzazione economica finalizzata al raggiungimento di determinati obiettivi; nel caso delle Aziende Sanitarie l'obiettivo strategico è la salute; esse inoltre devono sviluppare a tutti i livelli una propria visione strategica che espliciti innanzitutto gli obiettivi di salute da raggiungere e non solo, come spesso accade, gli obiettivi di riorganizzazione necessari al recupero dell'efficienza. In sintesi si può asserire che le Aziende Sanitarie devono "perseguire l'efficacia in modo efficiente".

1.2 Concetto di salute

Negli ultimi anni gli studi sul concetto di salute e malattia sono andati sempre più crescendo e hanno interessato non solo le discipline mediche, psicologiche, economiche, ma anche quelle sociologiche, antropologiche, politiche e religiose. In particolare quando ci concentriamo sull'idea di salute, ci si riferisce al benessere della persona costituito dalla componente fisica, mentale ed emotiva.

L'evoluzione delle professioni mediche e non mediche che vanno nella direzione di singole specializzazioni, portano ad un abbandono della concezione globale della salute della persona. L'attenzione si sposta, pericolosamente, dal paziente alla malattia e si viene a creare un forte impulso alle sperimentazioni, alla ricerca biologica e farmaceutica, all'uso di strumenti sempre più tecnologici.

Una reazione a questa tendenza viene data dall'OMS (Organizzazione Mondiale Della Salute), che già nel 1946 definì la salute come uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, da non confondere con la semplice assenza di malattia. Negli anni '70, la salute viene considerata come un rapporto fra l'uomo e l'ambiente che lo circonda evidenziando gli effetti negativi dell'impatto tecnologico e focalizzando l'attenzione sugli aspetti relazionali.

1.3 Le dimensioni della qualità

Lo sviluppo di un Sistema di Qualità in un Azienda Sanitaria presenta notevoli difficoltà, soprattutto di carattere organizzativo, economico, professionale, sociale. È quindi opportuno descrivere quali sono le tradizionali dimensioni della qualità sulle quali le Aziende Sanitarie sono chiamate a lavorare:

- la qualità prevista
- la qualità progettata
- la qualità prestata
- la qualità percepita
- la qualità paragonata

La qualità prevista

Per le Aziende Sanitarie, valutare tale qualità significa individuare che cosa il paziente desidera e quindi quali sono i suoi bisogni di salute. Rilevare i bisogni, permette all'Azienda Sanitaria di orientare l'intera organizzazione verso la soddisfazione del paziente.

La qualità progettata

Il riferimento si sposta all'interno dell'amministrazione; l'obiettivo è di individuare che *cosa vuole dare al cliente e come*. In questa fase sono da definire: "il pacchetto di servizi"; le caratteristiche del sistema organizzativo; i livelli di valore da attribuire ai diversi servizi; i supporti fisici necessari all'erogazione; le modalità con cui il personale si relaziona con l'utente e il tipo di partecipazione di quest'ultimo.

La qualità prestata

In questa fase è importante controllare le prestazioni del sistema di erogazione del servizio, per verificare *che cosa l'amministrazione eroga realmente*, in rapporto agli standard definiti. Il controllo della "qualità prestata" è importante, perché permette di conoscere i punti di forza e di debolezza del servizio erogato e di orientare adeguatamente i comportamenti degli attori dell'azienda.

La qualità percepita

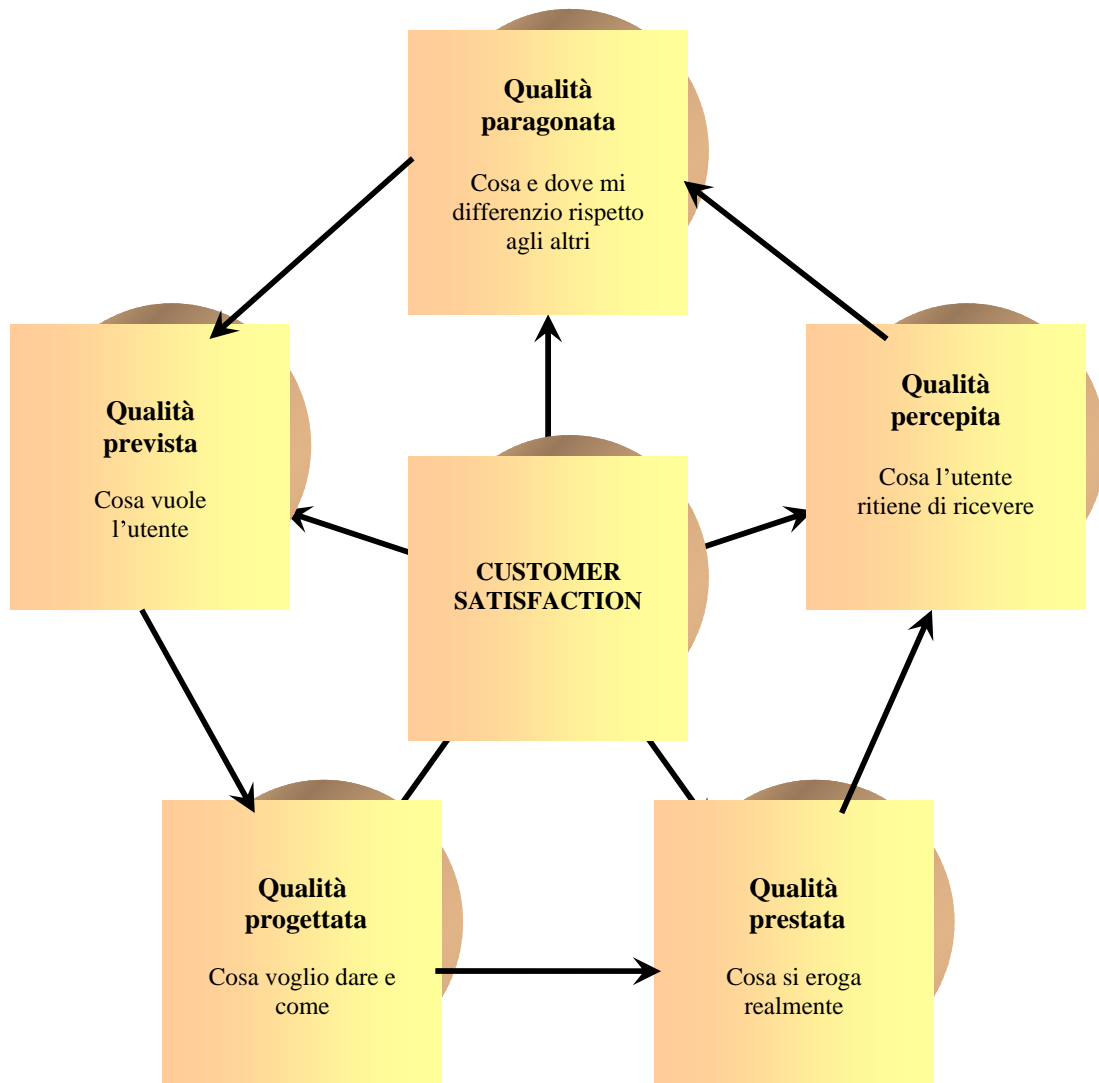
Il riferimento è di nuovo il cliente. È importante in questa fase rilevare il giudizio degli utenti sul servizio ricevuto ("*cosa ritiene di ricevere*"), è utile per comprendere se le caratteristiche del servizio, progettate e poi erogate, sono state notate e "apprezzate" dagli utenti.

La parola d'ordine che descrive questa dimensione della qualità è: *soddisfazione del cliente*.

La qualità paragonata

Il riferimento è posto verso altre strutture, nel tentativo di individuare delle differenze tra il servizio offerto dalla propria struttura rispetto a quanto realizzato da altre aziende ("*come e dove mi differenzio rispetto agli altri*").

LE DIMENSIONI DELLA QUALITÀ (Negro)



Nell'ambito del tirocinio svolto, l'obiettivo è stato quello di rilevare, in particolar modo, la qualità dei servizi percepita dai pazienti ricoverati in degenza. In sintesi l'attenzione è stata posta sullo scostamento che vi è tra qualità prevista dall'intera organizzazione e qualità attesa dai pazienti. La differenza che deriva da questo scostamento indica il grado di soddisfazione che ciascun paziente ha avuto nel ricevere un servizio o una prestazione.

CAPITOLO 2

“La Patient Satisfaction”

2.1 Il concetto di soddisfazione

2.2 La soddisfazione nelle aziende sanitarie: la Patient Satisfaction.

2.3 Alcuni aspetti della letteratura sulla Patient Satisfaction

2.4 Il questionario: strumento di rilevazione

2.4.1 Il questionario utilizzato

2.1 Il concetto di soddisfazione

Negli studi emerge che il costrutto di soddisfazione è, al pari di quello della qualità, difficilmente definibile in modo chiaro e univoco.

Dall'esame degli studi svolti sull'argomento si possono estrapolare diverse definizioni che pur non essendo onnicomprensive, permettono agli studiosi e ai manager di conoscere i punti di vista, di diversi autori, sulla soddisfazione.

Le definizioni riportate qui di seguito sono tratte da articoli scientifici e hanno il solo scopo di dimostrare la complessità di tale costrutto:

1. **Oliver (1981)** mette in evidenza la differenza tra qualità e soddisfazione, affermando che la qualità traduce l'orientamento relativamente stabile di un consumatore nei confronti del prodotto, mentre la soddisfazione traduce la relazione emotiva che fa seguito ad un'esperienza di disconferma delle proprie aspettative che solo indirettamente agisce sugli atteggiamenti di base e che resta legata al consumo specifico.
2. **Pascoe (1983)** afferma che la soddisfazione del paziente sarà definita come la sua esperienza personale ai servizi. Da questa formulazione la soddisfazione consiste in una valutazione cognitiva (nozione di conoscenza) e la sua reazione emozionale (dominio affettivo), alle strutture, procedure e ai risultati del servizio.
3. **Parasuraman e altri (1985)** sottolineano che la differenza tra qualità del servizio e soddisfazione è coerente con quella esistente tra atteggiamento e soddisfazione: la qualità del servizio rappresenta un giudizio globale o un atteggiamento relativo al grado di superiorità del servizio, mentre la soddisfazione è associata ad una transazione specifica.
4. **Hall e Doeman (1990)** affermano che la soddisfazione consiste nell'aderire alle raccomandazioni mediche.
5. **Kleinsorge e Koenig (1991)** affermano che la qualità e la soddisfazione del cliente sono sinonimi.

6. **Rust e Oliver (1994)** considerano la soddisfazione del cliente come un insieme di reazioni cognitive ed affettive ad un incidente di servizio derivato dall'esperienza di un incontro con la qualità del servizio e comparandolo con ciò che ci si aspetta.

2.2 La soddisfazione nelle aziende sanitarie: la Patient Satisfaction.

Gli studi relativi alla Customer Satisfaction in sanità hanno avuto inizio negli anni cinquanta negli Stati Uniti. Nel corso degli anni la soddisfazione dell'utente è stata considerata sempre più come un vero e proprio attributo della qualità dell'assistenza, dal momento che l'esito clinico dipende anche dal livello di coinvolgimento, e quindi di soddisfazione, del paziente.

Alcuni autori affermano che la Customer Satisfaction ha un impatto economico, trascurando che la salute non può legare l'efficienza al mero ritorno economico ma a molti e diversi parametri. Il controllo politico, il consenso sociale che deriva da una buona sanità sono aspetti a cui i diversi stakeholder sono particolarmente sensibili. Il concetto di equità, di giustizia sociale, sono valori che sembrano ormai centrali e precursori della Customer Satisfaction.

Ma quali fattori contribuiscono a determinare il grado di soddisfazione di un paziente? Per comprendere quali dimensioni sono importanti per approfondire il punto di vista del paziente, occorre leggere più approfonditamente il suo ruolo e le specificità che caratterizzano l'offerta di servizi sanitari.

Innanzitutto, lo stato di malattia: se da un punto di vista biomedico è qualcosa di oggettivo e misurabile, per il soggetto interessato l'"essere malato" rappresenta un'esperienza peculiare, la cui percezione risente fortemente di elementi soggettivi e culturali.

Ad esempio, nella cultura anglosassone esistono accezioni diverse per intendere il concetto di malattia, a seconda dei punti di vista che si intendono assumere:

- la malattia come *disease*, ossia come lesione organica che può essere letta e misurata secondo una serie di parametri (bio-medici), utilizzando appositi strumenti;
- la malattia come *illness*, riferita più all'esperienza soggettiva, al senso che il singolo attribuisce alla propria vicenda.

Il passo successivo è quello di precisare la *natura della soddisfazione del paziente* per poi misurarla. La natura della soddisfazione varia e si modifica nel tempo. Essa può dipendere da diversi parametri: dalla cultura di appartenenza, dal livello socio culturale, dall'età, dalla professione, dallo stato di salute, dalla natura della patologia, dalla storia del paziente e dalle sue

esperienze pregresse, dai suoi sentimenti, dai suoi punti di riferimento, dalle ragioni del suo ricovero.

In terzo luogo occorre considerare la *relazione medico-paziente*, che si caratterizza per una forte asimmetria e per un elevato grado di contingenza e di interazione personale.

L'utente sanitario non è un generico acquirente, in grado in ogni momento di operare valutazioni e scelte critiche, e le sue aspettative non sono sempre precise; è molto difficile per lui accedere alle conoscenze di natura tecnica che detiene il medico, è molto difficile per lui valutare in partenza l'appropriatezza della prestazione e quindi ha bisogno della competenza reale di diversi professionisti della salute.

In sintesi si può concludere che il giudice finale è sempre il paziente, in quanto ha fiducia o meno nel medico o nell'equipe che lo ha preso in carico. E inoltre, per conoscere la percezione del paziente sulla prestazione ricevuta è indispensabile progettare un *sistema di ascolto*, che rilevi continuamente nel tempo sia le esigenze, sia le valutazioni degli utenti.

2.3 Alcuni aspetti della letteratura sulla Patient Satisfaction

La letteratura sulla Patient Satisfaction è prevalentemente statunitense, in quanto negli Stati Uniti non esiste un Sistema Sanitario Nazionale e quindi le imprese della salute sono al pari di altre organizzazioni di servizio e si valutano secondo criteri di efficacia, di efficienza.

Questa equiparazione da un lato rischia di essere rozza, mettendo sullo stesso piano servizi bancari, agenzie di viaggio a organizzazioni sanitarie. Al contempo però, queste imprese hanno elaborato ricerche, generato conoscenze e progettato strumenti, da cui non si può più prescindere se non a costi elevati e con il rischio di rimanere emarginati

La Francia, a seguito della riforma sanitaria introdotta nel 1996, ha previsto che gli ospedali procedessero regolarmente a una valutazione della soddisfazione dei pazienti, soprattutto rispetto alle condizioni di accoglienza e di soggiorno, inserendo la soddisfazione dei pazienti nei procedimenti di accreditamento.

Anche in Italia queste problematiche iniziano a farsi strada; gli ospedali e le aziende sanitarie cercano di promuovere e di inserire nella progettazione dei loro obiettivi la valutazione della qualità dei servizi. Oggi non vi è un ospedale che non abbia l'ufficio qualità, ma il gap che intercorre tra qualità interna e soddisfazione del paziente è ancora rilevante e lungi dall'essere annullato.

2.4 Il questionario: strumento di rilevazione

Prima di entrare nel merito delle analisi svolte e dei risultati ottenuti nella valutazione del gradimento dei pazienti dell'IsMeTT, è necessario parlare del questionario, cioè lo strumento di rilevazione della Patient Satisfaction. Esso viene definito come un formulario (Goode e Hatt, 1952) oppure come un piano strutturato (Pellicciari e Tibinti, 1987) di domande standardizzate che mirano a raccogliere le informazioni oggetto di indagine.

Per la creazione di un questionario innanzitutto ci si deve porre la domanda riguardante il perché intervistare; ciò significa essere interessati alla attesa del paziente, ai suoi bisogni e punti di vista. Il ricercatore deve cercare di definire quali siano le caratteristiche che il paziente cerca nel servizio che gli viene offerto. Questa prima fase è essenziale, infatti da un lato permette di avere una migliore percezione di ciò che significa qualità per il paziente e quindi un'informazione su come soddisfarlo, dall'altro lato la conoscenza delle aspettative aiuterà nella costruzione del questionario.

Nella stesura e realizzazione di un questionario è importante:

- esprimere chiaramente nell'introduzione al questionario il motivo e le finalità dell'indagine;
- evidenziare che, con le risposte date, saranno migliorati i servizi e quindi anche il paziente che risponde può aspettarsi un vantaggio;
- porre domande sintetiche e in un numero limitato;
- collocare le domande più importanti a metà del questionario, dove è massima l'attenzione;
- premurarsi che l'intervistato sia in grado di compilare il questionario facilmente e in fretta; concludere il questionario con una formula di ringraziamento (Negro, 1992; Barbarino-Leonardi, 1997).

Inoltre, è importante che le domande di apertura siano semplici e stimolanti, evitando di porre a disagio l'intervistato. Per quanto riguarda i dati anagrafici, vale la regola di raccogliere solo le informazioni indispensabili, tenendo presente che, se non si chiedono i riferimenti personali (nome, indirizzo, ecc.), non si pone il problema del rispetto della legge sulla privacy. In tal senso, tuttavia, può essere una buona regola assicurare che l'elaborazione dei dati sarà in tutti i casi collettiva e aggregata.

Continuando, si può ancora aggiungere che il questionario fornisce l'opportunità di ottenere una classificazione omogenea delle informazioni raccolte, in quanto il modello è uniforme per ogni

intervista e consente a tutti gli intervistatori di porre sempre le stesse domande, nella medesima sequenza.

Non è superfluo affermare che la stesura del questionario rappresenta una fase veramente critica per la realizzazione di un'indagine. Inoltre, da una stesura poco accurata del questionario derivano inevitabili problemi operativi nel corso delle interviste, nel controllo dei risultati, nell'elaborazione dei dati.

2.4.1 Il nostro questionario

Per facilitare la comprensione delle analisi che nel prossimo capitolo verranno esposte, è necessario descrivere le principali caratteristiche del questionario utilizzato per il nostro studio, la cui stesura non stata di nostra competenza:

La somministrazione avviene per autocompilazione; infatti il questionario viene consegnato ai pazienti prima del momento della dimissione, viene da questi compilato, in modo assolutamente anonimo, in seguito viene deposto in una cassetta predisposta per la raccolta dei questionari.

Il questionario è preceduto da una breve nota riguardante lo scopo che identifica il motivo per il quale è importante rispondere alle domande; inoltre si riportano alcune istruzioni per la corretta compilazione e consegna del questionario.

Il questionario, che è riportato in appendice, è suddiviso in 12 parti o sezioni. Nella prima sezione si chiedono informazioni di tipo anagrafico, quali il sesso e l'età, informazioni relative al ricovero in ospedale, quali il numero di giorni di degenza, e l'informazione relativa alla data di compilazione.

Le restanti parti sono contrassegnate dalle lettere alfabetiche, A, B, C,...,M. Le domande all'interno di queste aree sono domande a risposta "chiusa", anche se alla fine di ogni sezione vi la possibilità di esprimere un proprio commento.

Le possibili modalità di risposte sono 5: molto scarso, scarso, sufficiente, buono, molto buono, etichettate in ordine crescente da 1 a 5.

L'inclusione all'interno del questionario di domande a risposta chiusa ha condotto ad una facile codifica delle risposte, in questo si sono evitate interpretazioni soggettive di queste.

Le aree A ed I riguardano le procedure di *ammissione* e di *dimissione* del paziente; le domande di queste aree cercano di cogliere non solo l'aspetto relativo alla velocità di tali procedure, ma anche la cortesia della persona che ha fornito indicazioni importanti al paziente circa la sua permanenza in ospedale o circa il modo di come curarsi.

Le aree B e C fanno riferimento rispettivamente alla *stanza* e ai *pasti*; le domande relative a queste due sezioni cercano di comprendere se i pazienti sono soddisfatti della pulizia della stanza, dei comfort di cui essa dispone, della qualità del cibo e della cortesia degli inservienti.

Le aree D ed M si riferiscono al *personale infermieristico e medico*. Le domande fanno riferimento alla capacità professionale e all'atteggiamento che il personale ha nei confronti del paziente.

Le domande all'interno della sezione E fanno riferimento agli *esami e terapie* che il paziente ha dovuto effettuare con riferimento ai tempi di attesa e alla abilità delle persone addette a svolgere tali procedure.

L'area F è relativa ai *servizi di supporto* quali la fisioterapia, la terapia per la respirazione.

L'area G è dedicata alle *visite e ai parenti*, al fine di comprendere se le informazioni e l'accoglienza offerte sono state ritenute esaustive o meno.

L'area L (*questioni personali*) è direttamente riferita al paziente che dà giudizi circa il rispetto della sua privacy, circa la prontezza del personale nel rispondere alle sue lamentele e ai suoi bisogni specifici.

L'ultima sezione permette al paziente di esprimere un *giudizio globale* sull'assistenza ricevuta in ospedale, sulla cordialità riscontrata e sul personale.

CAPITOLO 3

“Analisi Dei Risultati”

3.1 Analisi preliminari

3.2 Misurare la soddisfazione dei pazienti dell’IsMeTT:

due ipotesi di studio

3.2.1 La dissomiglianza tra la distribuzione teorica e

quella osservata

3.3 Tool informatico per la rilevazione della Patient Satisfaction

Prima di dare un quadro dettagliato di tutte le analisi svolte all'interno di questo capitolo, è necessario mettere in evidenza l'obiettivo di questo rapporto di stage. L'obiettivo è duplice: da un lato occorre misurare la soddisfazione dei pazienti e da un altro lato occorre confrontare le misure ottenute rispetto a diversi scenari.

Questa parte del lavoro è così organizzata:

a. classificazione dei pazienti per sesso e per età

Confrontando il giudizio dei rispondenti rispetto al sesso e alle diverse classi di età è stato possibile, per esempio, diversificare la soddisfazione delle femmine rispetto ai maschi, oppure la soddisfazione dei giovani rispetto agli adulti;

b. analisi delle risposte al questionario

Si è cercato di studiare, in dettaglio, le risposte che i pazienti hanno dato alle domande del questionario; ciò è stato fatto per comprendere dove le percentuali di risposta si concentrano, ovvero per valutare se le risposte sono state per la maggior parte negative, positive o sufficienti;

c. la misurazione della soddisfazione

Risulta difficile “valutare” una misurazione senza che essa sia riconducibile (confrontabile) a degli scenari ipotizzati. In genere gli schemi di confronto sono dati da degli standard accettati dalla comunità scientifica o da delle norme. Il nostro caso non contempla tali possibilità, quindi abbiamo pensato di ipotizzare degli scenari di confronto in modo da ottenere delle valutazioni non più assolute ma relative. Per dare una misura della diversità tra la soddisfazione misurata e la soddisfazione ipotizzata nei due scenari di confronto, è stato calcolato “***l'indice di dissomiglianza Z***”, un indice basato sulle frequenze cumulate.

d. costruzione di un tool informatico

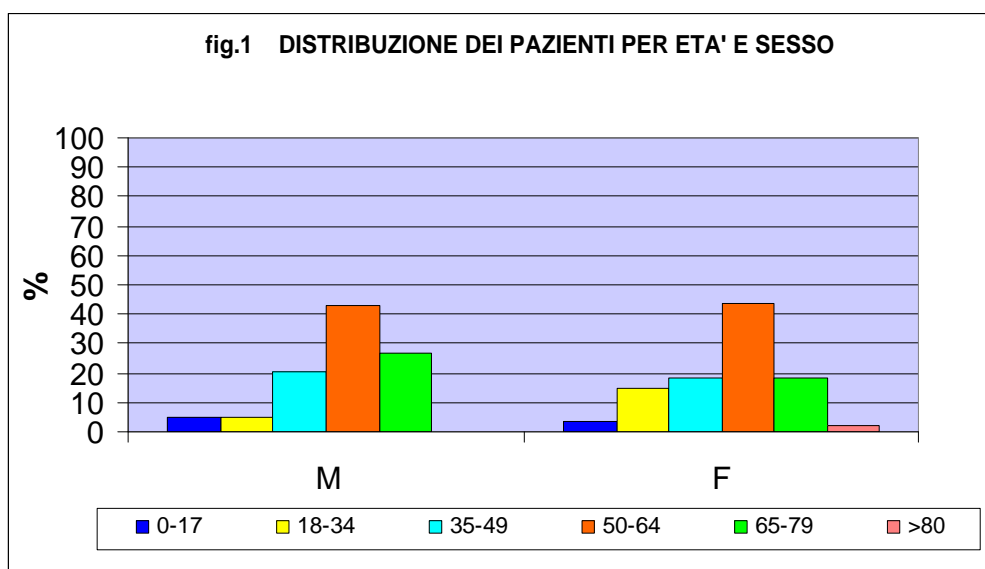
L'ultima parte di questo capitolo è dedicata alla costruzione di un tool informatico che ci ha permesso di rendere dinamiche le principali analisi svolte; grazie a questo strumento, ogni volta che verrà aggiunto un nuovo questionario (cioè altre risposte) nel database originale, si avrà l'opportunità di aggiornare automaticamente tutti i risultati derivanti dalle analisi condotte.

3.1 Analisi preliminari

Il primo passo del nostro lavoro ha condotto allo studio della composizione della popolazione di riferimento, tracciando quindi il profilo demografico dei rispondenti. Per tale ragione i pazienti sono stati classificati sia per sesso che per età. In particolare sono state prese in considerazione 6 classi di età.

Tab.1 *Distribuzione dei pazienti e per età e per sesso*

| ETÀ | | | | | | | |
|---------------|-------------|--------------|---------------|---------------|---------------|-------------|----------------------|
| SESSO | 0-17 | 18-34 | 35-49 | 50-64 | 65-79 | >80 | TOTALE |
| M | 4 (5,1%) | 4 (5,1%) | 16 (20,3%) | 34 (43,0%) | 21 (26,6%) | 0 (0,0%) | 79 (100%) |
| F | 2 (3,6%) | 8 (14,5%) | 10 (18,2%) | 24 (43,6%) | 10 (18,2%) | 1 (1,8%) | 55 (100%) |
| TOTALE | 6 | 12 | 26 | 58 | 31 | 1 | 134 |



Dalla tabella si può evidenziare che non tutti i pazienti che hanno risposto alle domande del questionario nel periodo di riferimento maggio 2003 – febbraio 2004, hanno riportato l'indicazione sul sesso e sull'età; infatti dei 163 questionari esaminati, solo 134 danno l'informazione sul sesso e sull'età, ne consegue che si hanno 29 non risposte.

Inoltre si può constatare che i maschi sono in numero superiore rispetto alle femmine e che sia per i maschi che per le femmine la percentuale più alta dei rispondenti al questionario ha un'età compresa tra i 50 e i 64 anni. È importante sottolineare che ci sono più femmine giovani rispetto ai maschi (18-34)

In questa fase preliminare del lavoro è stato importante ricavare ulteriori informazioni relative al sesso e all'età dei rispondenti; si è pensato quindi di valutare se il giudizio che i pazienti hanno dato ad alcune particolari domande del questionario poteva variare a seconda che il paziente fosse di sesso maschile o femminile, o a seconda della classe di età di appartenenza.

Incrociando la variabile sesso con le domande relative alle aree “Visite e Parenti” (G), “Medico” (H), “Valutazione complessiva dell'Ospedale” (M), si può constatare che la percentuale dei maschi soddisfatti, è più alta rispetto alle percentuali delle donne che hanno dato giudizi positivi ovvero hanno dato risposte “buono” e “molto buono”; ciò ci porta alla conclusione che le donne, generalmente, sono più esigenti; per esempio le donne soddisfatte dell’“Atteggiamento del personale nei riguardi dei propri familiari” (domanda G3) sono in una percentuale inferiore (43%) degli uomini soddisfatti di tale servizio (57%); inoltre la percentuale delle donne che considerano “buono” il “Grado di cordialità riscontrata all'Ospedale” (domanda M1) è del 47% contro quella degli uomini che è circa il 53%; la stessa considerazione può essere fatta per la domanda H3 relativa alle “informazioni che il paziente ha ricevuto dal medico”. È necessario però sottolineare che la percentuale di maschi che hanno risposto al questionario (57%), è maggiore della percentuale delle donne intervistate (43%); tale considerazione ci porta a pensare che i risultati sopra descritti possano essere influenzati. La stessa considerazione può essere fatta in merito alla variabile età, infatti il numero dei pazienti giovani è inferiore rispetto a quello dei pazienti adulti, per tale ragione il “buono senso” ci porta a non effettuare i confronti tra la variabile età e le domande del questionario.

Tab.2 *Soddisfazione dei pazienti classificati per sesso*

| % risposte molto buono | | |
|------------------------|---------------|---------------|
| DOMANDE | M | F |
| G3 | 57,29% | 42,71% |
| M1 | 53,33% | 46,67% |
| H3 | 56,63% | 43,37% |

La seconda analisi considera le risposte che i paziente hanno dato al questionario. Analizzando le risposte date ad ogni domanda, si è evidenziata la tendenza dei pazienti a rispondere con un'alta frequenza “buono” (**B**) e “molto buono” (**MB**). Per tale motivo e per semplicità abbiamo riportato di seguito una tabella che mette in evidenza le percentuali di risposta per le modalità appena citate per tutte le domande, relative a 6 aree del questionario: area F (Servizi di Supporto), area G (Visite e Parenti), area H (Medico), area I (Dimissione), area L (Questioni Personali), area M (Valutazione complessiva dell'Ospedale).

In appendice sono riportate per esteso le distribuzioni di frequenza in dettaglio (Allegato 2).

Tab.3 Percentuali di risposte “buono” e “molto buono”

| DOMANDE | VALORI PERCENTUALI | | |
|---------|--------------------|------|--------|
| | B | MB | M + MB |
| F1 | 19,3 | 77,1 | 96,3 |
| F2 | 29,0 | 69,2 | 98,2 |
| F3 | 26,7 | 72,4 | 99,1 |
| F4 | 27,4 | 70,8 | 98,2 |
| F | 25,3 | 72,6 | 97,9 |
| G1 | 36,7 | 54,0 | 90,7 |
| G2 | 39,9 | 54,9 | 94,8 |
| G3 | 39,9 | 57,3 | 97,2 |
| G4 | 33,1 | 60,3 | 93,4 |
| G | 37,2 | 56,6 | 93,8 |
| H1 | 33,8 | 54,7 | 88,5 |
| H2 | 32,7 | 64,7 | 97,4 |
| H3 | 31,1 | 65,6 | 96,7 |
| H4 | 25,5 | 70,6 | 96,1 |
| H5 | 17,1 | 80,9 | 98,0 |
| H | 27,9 | 67,4 | 95,3 |
| I1 | 43,6 | 41,4 | 85,0 |
| I2 | 40,7 | 40,7 | 81,4 |
| I3 | 34,4 | 57,0 | 91,4 |
| I4 | 28,9 | 63,3 | 92,2 |
| I | 37,0 | 50,4 | 87,4 |
| L1 | 34,1 | 62,3 | 96,4 |
| L2 | 32,6 | 61,6 | 94,2 |
| L3 | 32,6 | 61,5 | 94,1 |
| L4 | 34,3 | 56,2 | 90,5 |
| L5 | 31,6 | 62,5 | 94,1 |
| L6 | 32,1 | 62,9 | 95,0 |
| L | 32,9 | 61,2 | 94,1 |
| M1 | 23,1 | 74,1 | 97,2 |
| M2 | 27,2 | 68,7 | 95,9 |
| M3 | 16,6 | 78,6 | 95,2 |
| M4 | 19,7 | 77,6 | 97,3 |
| M5 | 22,3 | 75,7 | 98,0 |
| M | 21,8 | 74,9 | 96,7 |

Complessivamente l'area che mostra la più alta percentuale di risposte "molto buono" è l'area M che è proprio quella che fornisce il giudizio complessivo che i pazienti hanno nei confronti dei servizi che vengono loro erogati, durante la permanenza in ospedale.

La percentuale più bassa delle risposte "molto buono" si ha in riferimento all'area I, l'area relativa alle procedure di dimissione; all'interno di quest'area si può constatare che i pazienti molto soddisfatti della velocità con cui essi sono stati dimessi (I2) sono solo (rispetto a tutte le altre percentuali) il 41%.

3.2 Misurare la soddisfazione dei pazienti dell'IsMeTT: due ipotesi di studio

Nell'introduzione è stato messo in evidenza uno degli obiettivi di questo rapporto di stage: confrontare le diverse misure di soddisfazione dei pazienti dell'IsMeTT con degli scenari di confronto ipotizzati da noi stessi. Ciò è stato realizzato allo scopo di ottenere una valutazione non più assoluta, ma relativa.

Gli scenari da noi immaginati sono due:

- nel primo, *ipotesi A*, si ipotizza che i pazienti rispondano alle domande del questionario distribuendo equamente risposte negative, sufficienti e positive. In tal modo il livello di soddisfazione medio atteso è rappresentato dalla modalità di risposta centrale: naturalmente la politica ospedaliera cerca di allontanarsi da tale ipotesi, nell'attesa di raggiungere un gradimento maggiore;
- nel secondo, *ipotesi B*, si ipotizza che le risposte dei pazienti siano per la maggior parte positive, in tal modo il grado di soddisfazione atteso si sposta verso livelli più alti (e anche più difficili da raggiungere); l'aspettativa della direzione ospedaliera è più elevata.

Costruire le due ipotesi di studio significa poter costruire due distribuzioni teoriche per analizzare l'andamento delle risposte date al questionario. La costruzione delle distribuzioni teoriche preclude la presenza di una variabile casuale che possa associare un numero ad ogni evento elementare.

La variabile casuale, chiamata per semplicità *somma dei ranghi (S)*, assegna ad ogni evento un numero, dato dalla somma dei punteggi (risposte) che caratterizzano ciascuna disposizione.

Lo spazio degli eventi è dato dalle disposizioni con ripetizione di tutte le possibili risposte che un paziente può dare alle domande in una determinata area. Se per esempio facciamo

riferimento all'area A, che presenta tre domande, lo spazio degli eventi Ω è costituito da 125 eventi (E) elementari dati da $n^k = 5^3$ (che coincide con il numero delle disposizioni).

Con riferimento all'area A riportiamo l'insieme degli eventi e i valori che la variabile casuale assume:

Tab.4 Disposizioni con ripetizione nell'area A

| | EVENTO | | | S |
|--|--------|----|----|----|
| | A1 | A2 | A3 | |
| | 1 | 1 | 1 | 3 |
| | 1 | 1 | 2 | 4 |
| | 1 | 1 | 3 | 5 |
| | 1 | 1 | 4 | 6 |
| | 1 | 1 | 5 | 7 |
| | 1 | 2 | 1 | 4 |
| | 1 | 2 | 2 | 5 |
| | 1 | 2 | 3 | 6 |
| | 1 | 2 | 4 | 7 |
| | . | . | . | . |
| | . | . | . | . |
| | . | . | . | . |
| | . | . | . | . |
| | . | . | . | . |
| | . | . | . | . |
| | 5 | 4 | 5 | 14 |
| | 5 | 5 | 1 | 11 |
| | 5 | 5 | 2 | 12 |
| | 5 | 5 | 3 | 13 |
| | 5 | 5 | 4 | 14 |
| | 5 | 5 | 5 | 15 |

Dalla tabella si osserva che il punteggio minimo è 3, che si ottiene quando il paziente risponde 1 (“molto scarso”) a tutte e tre le domande, il punteggio massimo è 15, che si ottiene quando le risposte sono tutte pari a 5 (“molto buono”).

Definiti lo spazio degli eventi e la variabile casuale, sorge il problema di assegnare una probabilità all'insieme dei valori assunti dalla variabile casuale in corrispondenza dei singoli eventi.

È a questo punto che si fa riferimento alle due ipotesi di studio e alle assunzioni fatte per poterle costruire.

IPOTESI A

Per l'ipotesi A, l'assunzione posta è stata quella dell'equiprobabilità delle risposte, cioè la probabilità di risposta di un paziente è uguale per le cinque modalità di risposta (l'insieme delle modalità è indicato con X). In tal modo si assegna un peso identico alle diverse risposte. Tale ipotesi conduce ad una condizione di ignoranza: non è possibile formulare ipotesi distribuzionali in quanto le risposte appaiono equiprobabili.

$$Prob(X = 1) = Prob(X = 2) = Prob(X = 3) = Prob(X = 4) = Prob(X = 5)$$

IPOTESI B

Per l'ipotesi B, l'assunzione posta è stata quella di non equiprobabilità; in tal modo si sono assegnate alle diverse risposte probabilità crescenti passando dalle risposte negative alle risposte positive.

$$Prob(X = 1) < Prob(X = 2) < Prob(X = 3) < Prob(X = 4) < Prob(X = 5)$$

Per l'ipotesi A la probabilità di ciascuna risposta è pari a **0,2**, rispettando il vincolo per il quale la somma delle probabilità deve essere pari a 1. In questo modo ogni evento ha la stessa probabilità di verificarsi.

Per l'ipotesi B è stato necessario dapprima fissare la probabilità per A=1, e per A=5, rispettivamente la modalità con punteggio minimo e la modalità con punteggio massimo:

$$Prob(A=1) = 0,05 \text{ e } Prob(A=5) = 0,5.$$

Successivamente interpolando sotto il vincolo della somma unitaria, si ottengono le definitive probabilità assegnate alle diverse possibili risposte:

$$\begin{aligned} Prob(A=1) &= 0,036 & Prob(A=2) &= 0,118 & Prob(A=3) &= 0,2 \\ Prob(A=4) &= 0,282 & Prob(A=5) &= 0,364. \end{aligned}$$

A questo punto, grazie al teorema delle probabilità composte per eventi indipendenti, è stato possibile effettuare il prodotto delle probabilità assegnate alle risposte costituenti ogni evento, ottenendo in tal modo la probabilità cercata, ovvero la probabilità assegnata ai valori assunti dalla variabile casuale. L'insieme di queste probabilità costituisce la distribuzione di probabilità della variabile casuale somma dei ranghi e consente di calcolare la probabilità di qualsiasi evento.

Un'ipotesi così formulata va riferita ad un ospedale in cui i pazienti propendono verso valutazioni positive. L'arbitrarietà del vettore da noi posto nasce da considerazioni di “buon senso”, in cui si è voluto attribuire un peso piuttosto elevato alla categoria “molto buono” e un peso contenuto alla categoria “molto scarso”.

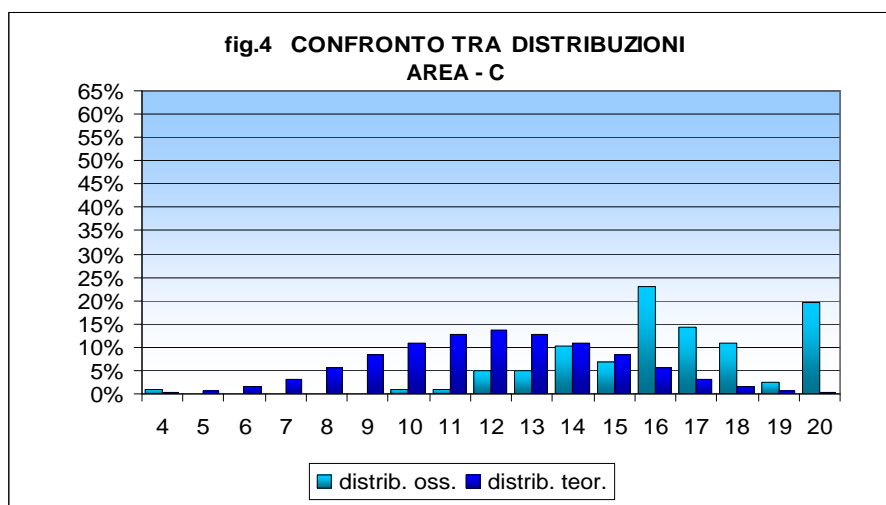
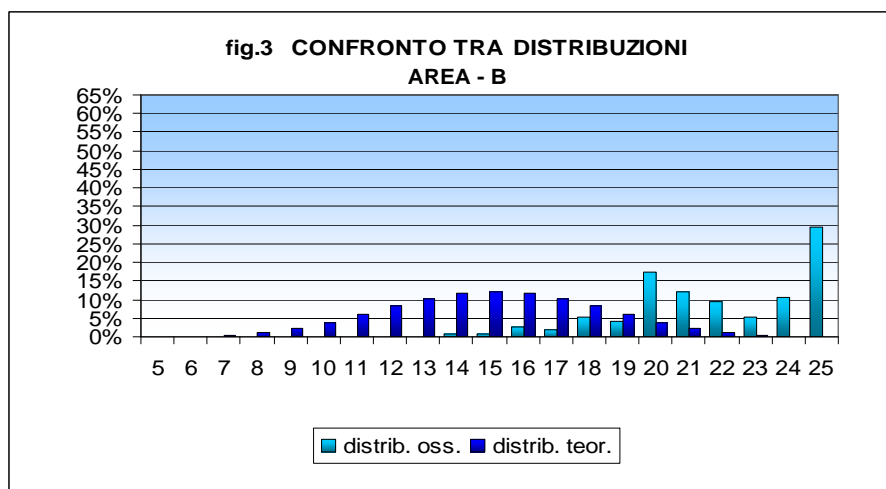
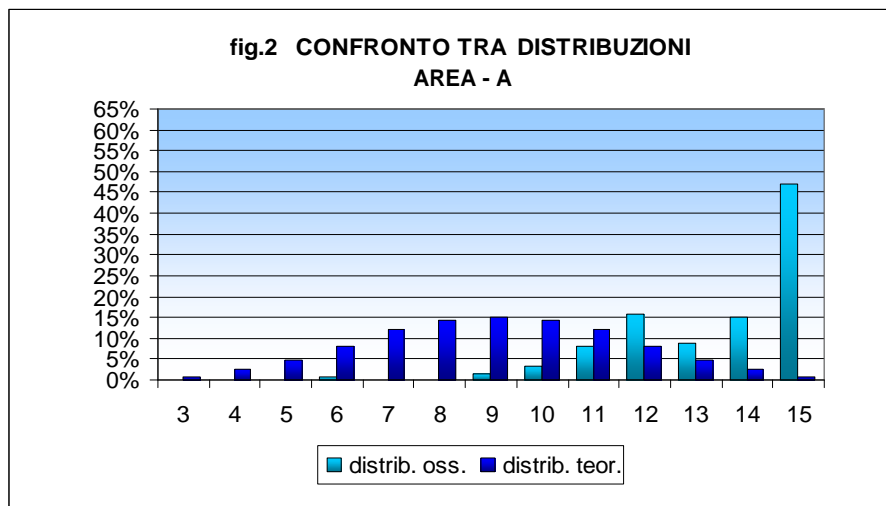
Costruite le due distribuzioni teoriche è importante fornire alla direzione ospedaliera uno strumento che possa far comprendere quale delle ipotesi descritte si avvicina di più alla distribuzione osservata delle risposte che i pazienti hanno dato al questionario. In altri termini è importante per l'ospedale comprendere quale livello di soddisfazione si è raggiunto e quindi quale livello di gradimento è possibile accettare come politica di Customer Satisfaction.

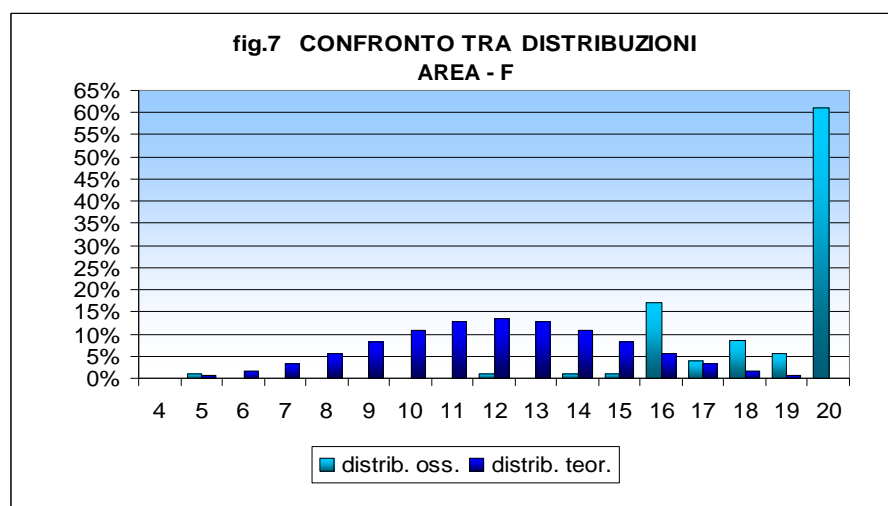
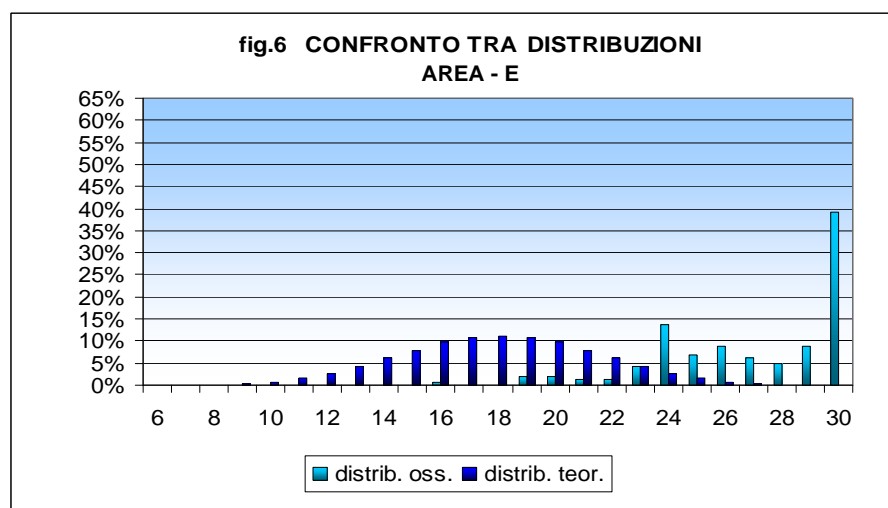
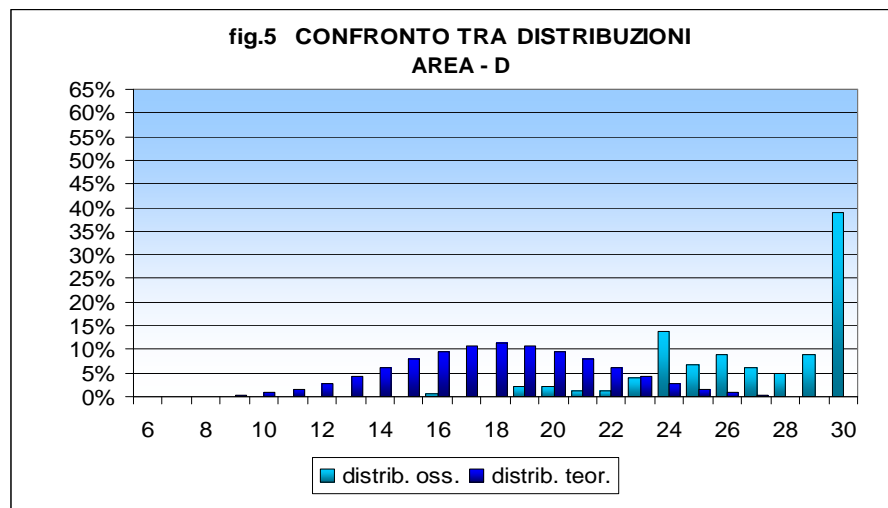
Lo strumento utilizzato per effettuare un confronto tra le due ipotesi teoriche e quella osservata è stato quello grafico, che dà un'immediata visione dell'eventuale differenza e quindi distanza tra le distribuzioni.

I confronti e quindi i grafici sono stati effettuati rispetto ad entrambe le ipotesi e per ciascuna area del questionario. Ogni grafico presenta diversi valori per l'asse delle ascisse, ma ciò è ovvio in quanto il numero delle domande non è uguale in ogni area e quindi i punteggi che derivano conducono a diverse scale di gradimento, cioè a diversi livelli di soddisfazione.

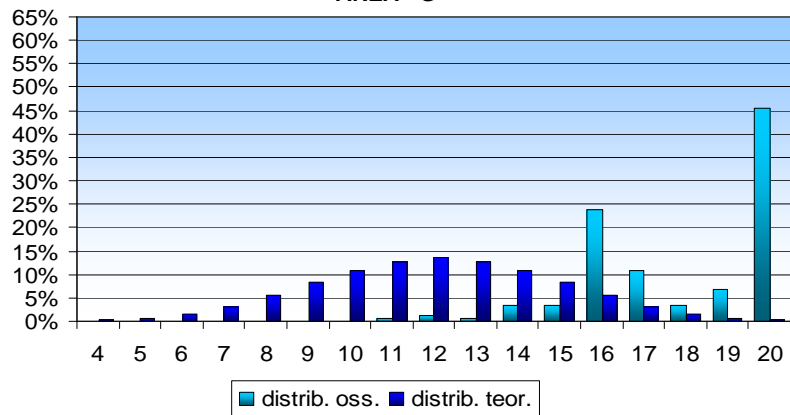
Di seguito vengono riportati tutti i grafici costruiti:

Ipotesi A

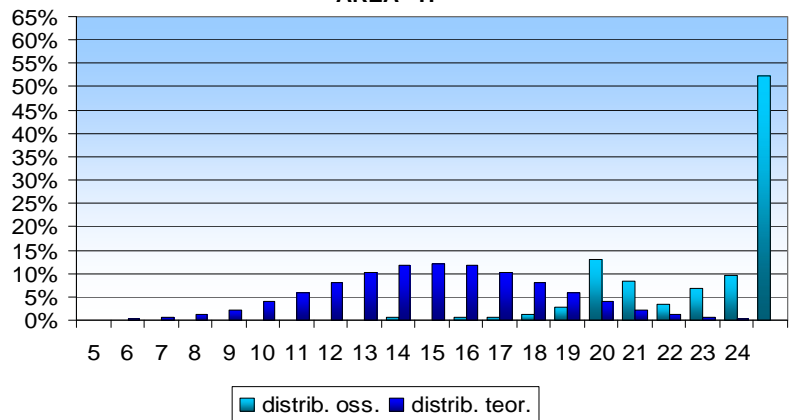




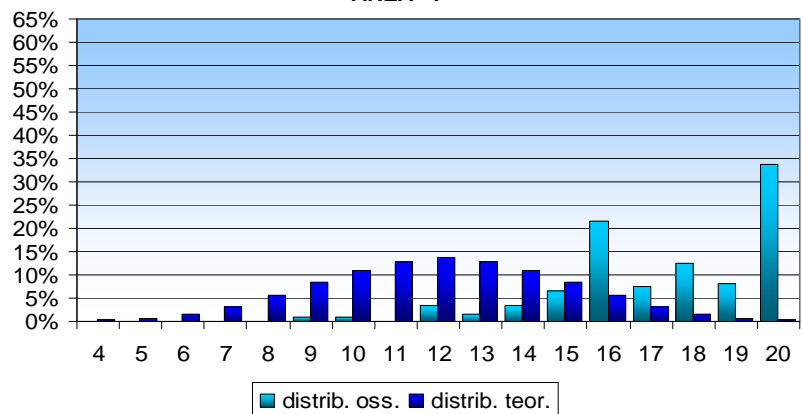
**fig.8 CONFRONTO TRA DISTRIBUZIONI
AREA - G**



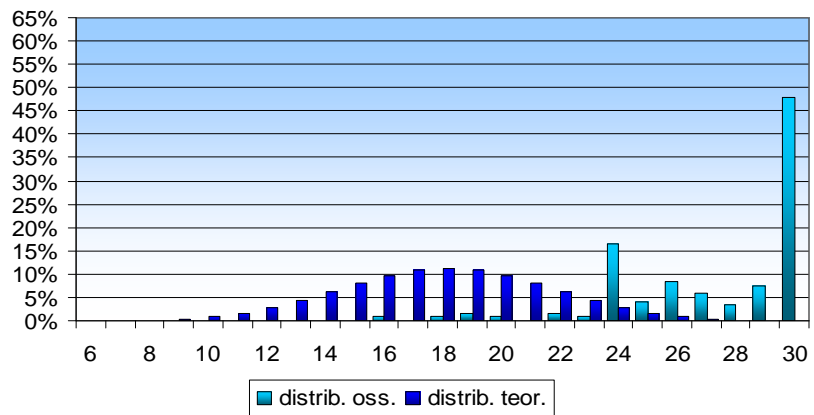
**fig.9 CONFRONTO TRA DISTRIBUZIONI
AREA - H**



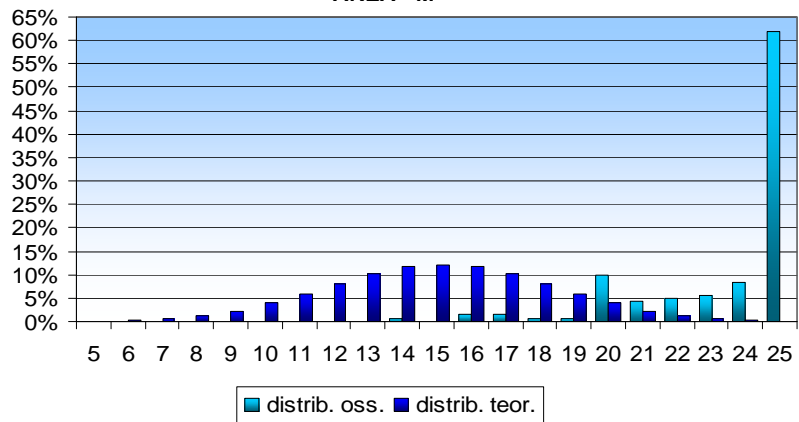
**fig.10 CONFRONTO TRA DISTRIBUZIONI
AREA - I**



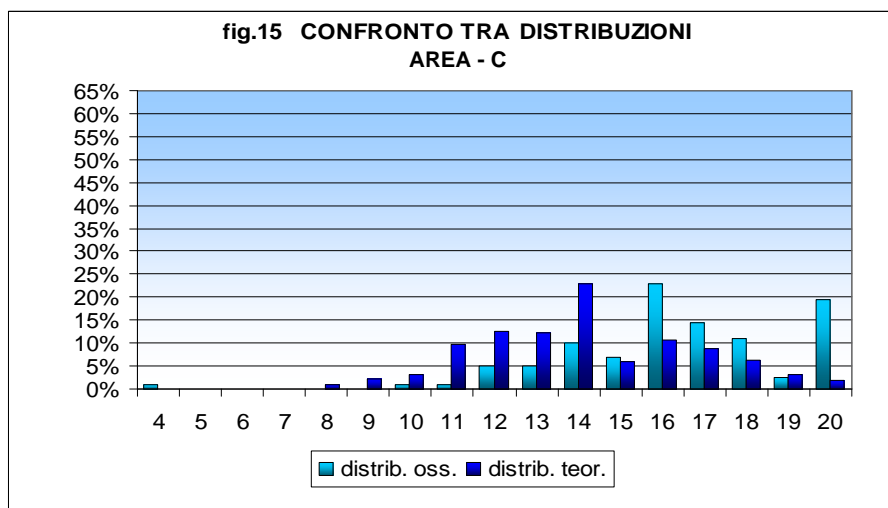
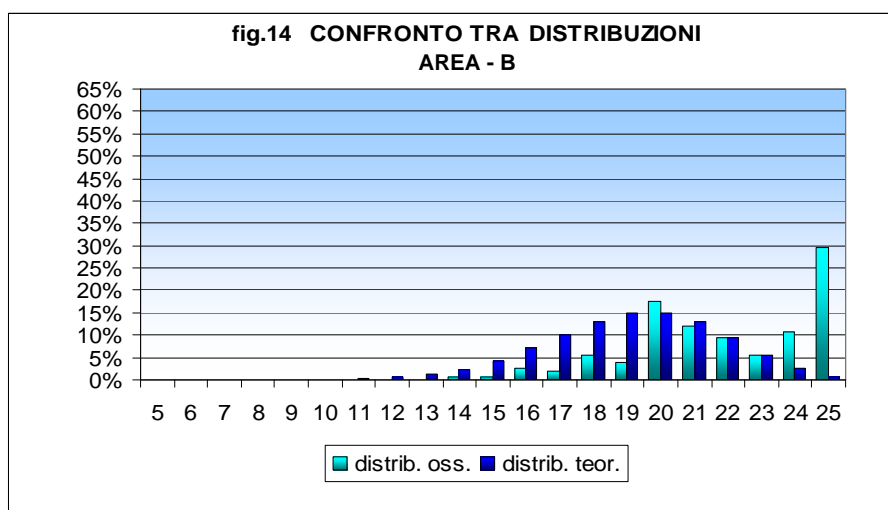
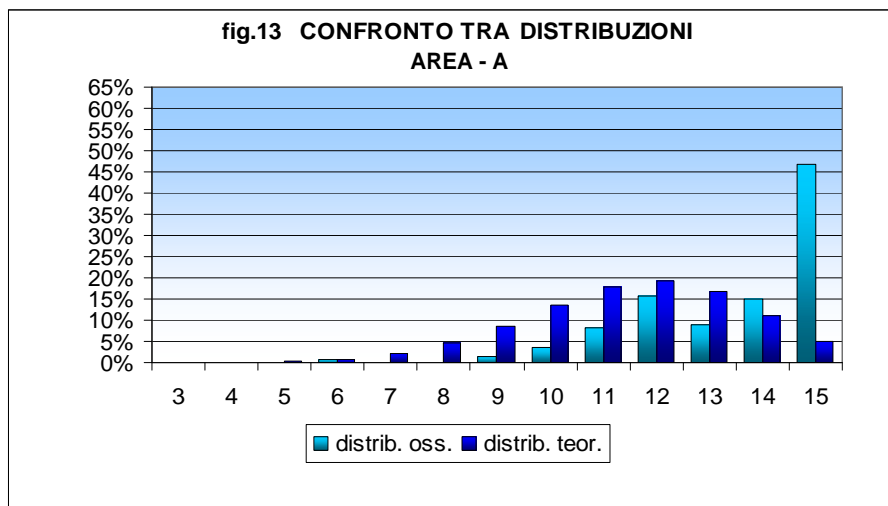
**fig.11 CONFRONTO TRA DISTRIBUZIONI
AREA - L**

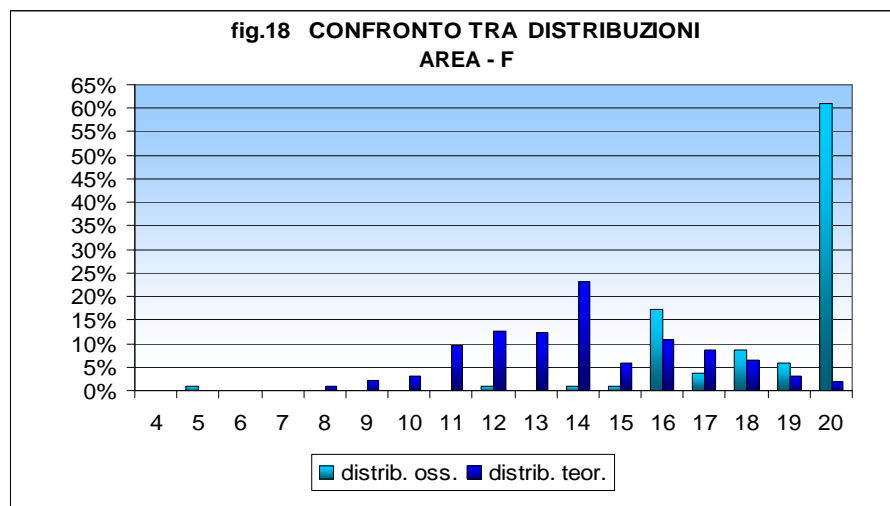
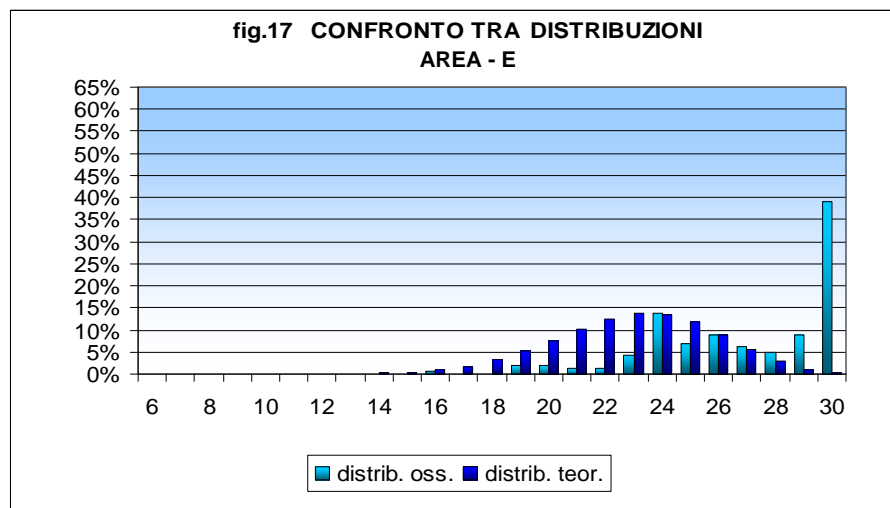
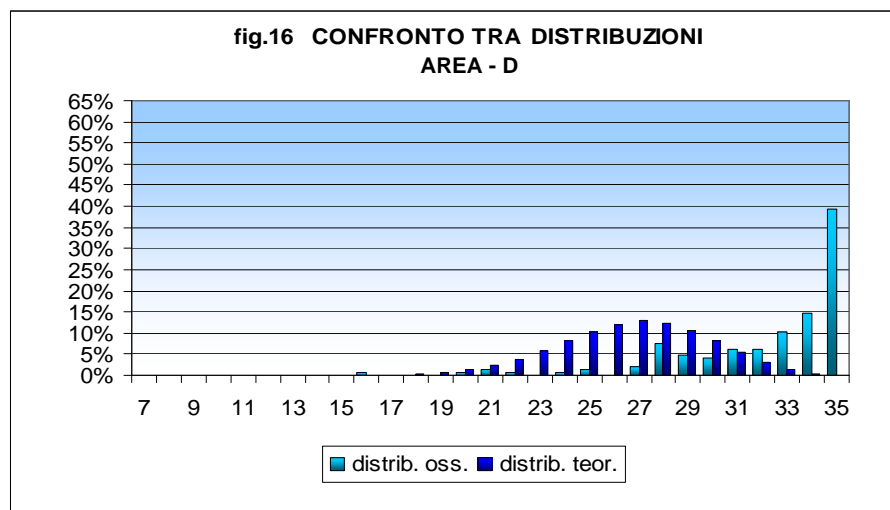


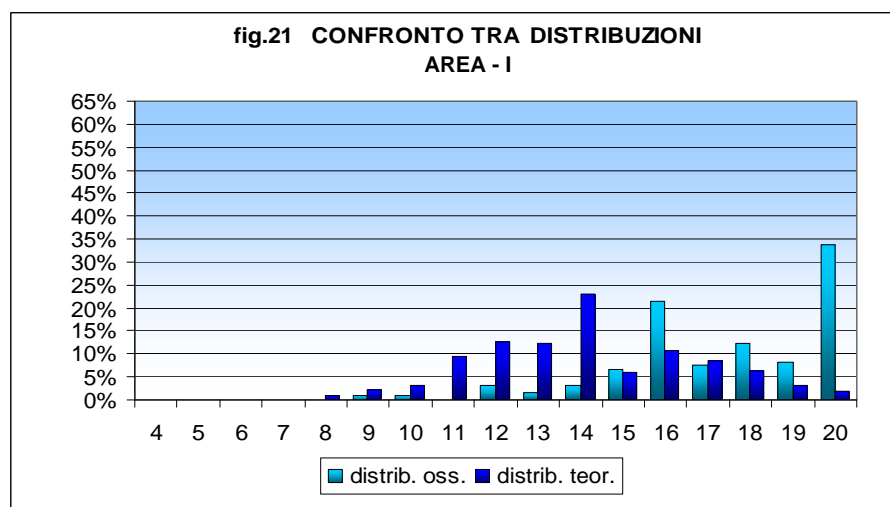
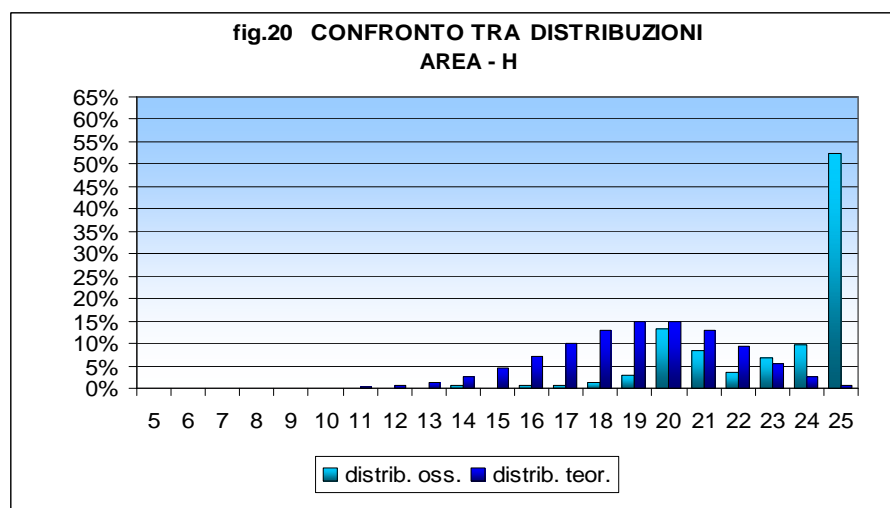
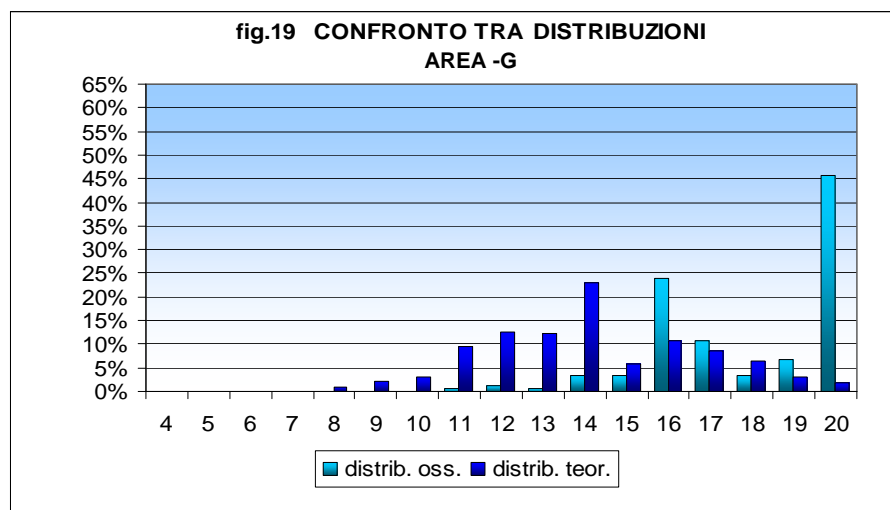
**fig.12 CONFRONTO TRA DISTRIBUZIONI
AREA - M**

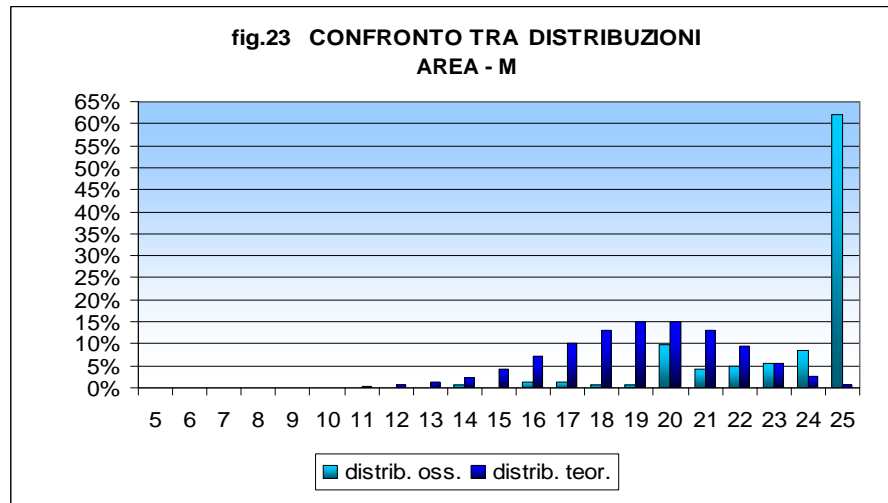
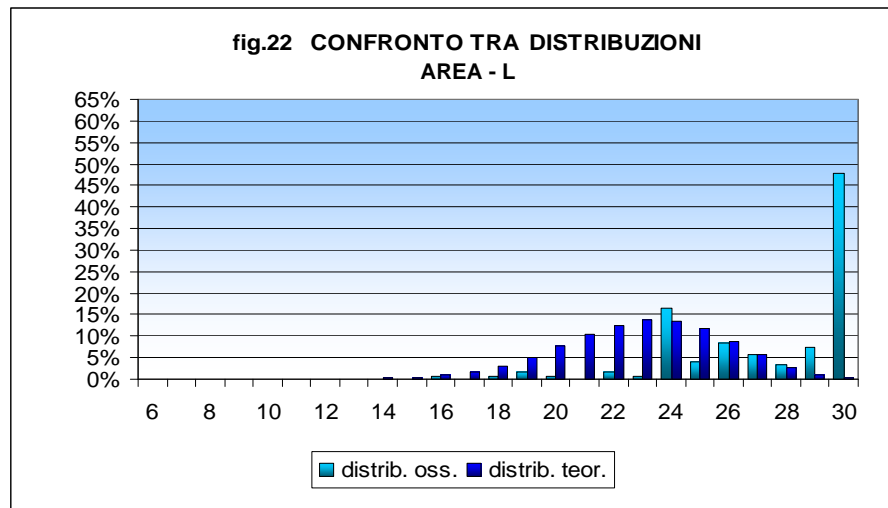


Ipotesi B









Osservando i diversi grafici per entrambe le ipotesi, appare evidente che il gradimento dei pazienti dell'IsMeTT è lontano dalla prima ipotesi avanzata dalla politica ospedaliera, ma al contrario può essere paragonato al livello di soddisfazione che deriva dalla seconda ipotesi.

Osservando più in dettaglio, per quanto riguarda i livelli (punteggi) di gradimento più alti, la soddisfazione dei pazienti del nostro ospedale sembra ancora più elevata di quella che deriva dalla seconda ipotesi.

Concludendo si può affermare che il giudizio globale che i pazienti hanno nei confronti dell'ospedale è più che positivo, ciò porta il paziente a rispondere quasi sempre “buono” e “molto buono” e conduce ad un allontanamento dall'ipotesi standard di soddisfazione media.

3.2.1 La dissomiglianza tra la distribuzione teorica e la distribuzione osservata

Nel paragrafo precedente l'attenzione si è concentrata sulla diversità tra la distribuzione osservata e le due distribuzioni teoriche. Tale confronto è rimasto solamente sul piano visivo e si è sviluppato solo attraverso la costruzione di grafici che hanno permesso di valutare l'eventuale scostamento tra le distribuzioni.

Per misurare, in termini quantitativi, la distanza effettiva che vi è tra le distribuzioni, è stato necessario costruire un indice, definito *indice di dissomiglianza tra distribuzioni Z*. Tale indice si basa sulle frequenze cumulate e opera un confronto tra distribuzioni della variabile di interesse, nel nostro caso la variabile di interesse è la soddisfazione dei pazienti.

L'indice presenta la seguente forma:

$$Z = \sum_{i=1}^{k-1} |F_{Ai} - F_{Bi}| \quad [1]$$

dove **k** rappresenta le realizzazioni possibili della variabile casuale, **F_{Ai}** e **F_{Bi}** sono le frequenze cumulate rispettivamente per la distribuzione osservata e la distribuzione teorica. Se le due distribuzioni a confronto sono simili si avrà che: **F_{Ai} = F_{Bi}**

Z assume il suo valore massimo quando, in una delle due distribuzioni tutte le unità sono concentrate nella prima modalità (primo punteggio) e nell'altra distribuzione nell'ultima.

$$\begin{pmatrix} x_{A1} & \dots & x_{Ai} & \dots & x_{Ak} \\ n_A & \dots & 0 & \dots & 0 \end{pmatrix} \qquad \begin{pmatrix} x_{B1} & \dots & x_{Bi} & \dots & x_{Bk} \\ 0 & \dots & 0 & \dots & n_B \end{pmatrix}$$

In questo caso la differenza in valore assoluto tra le distribuzioni cumulate è pari a 1: **|F_{Ai} - F_{Bi}| = 1**, da cui segue che il massimo di **Z** è uguale a **k**.

Per poter effettuare confronti è necessario relativizzare l'indice dividendolo per il suo massimo, ottenendo l'indice di dissomiglianza **Z***:

$$Z^* = \frac{\sum_{i=1}^{k-1} |F_{Ai} - F_{Bi}|}{k - 1} \quad [2]$$

Per le due ipotesi è stato calcolato l'indice Z^* per le singole aree:

Tab.5 Valori dell'indice di dissomiglianza Z^*

| IPOTESI A | | IPOTESI B | |
|-----------|-------|-----------|-------|
| M | 0,429 | F | 0,288 |
| F | 0,416 | G | 0,244 |
| H | 0,411 | M | 0,224 |
| D | 0,405 | I | 0,213 |
| L | 0,395 | H | 0,206 |
| A | 0,38 | D | 0,201 |
| E | 0,378 | L | 0,19 |
| G | 0,375 | A | 0,175 |
| B | 0,349 | E | 0,173 |
| I | 0,344 | C | 0,148 |
| C | 0,276 | B | 0,144 |

In prima istanza emerge che i valori che l'indice assume nel secondo confronto sono più bassi del primo, a conferma che l'ipotesi di equiprobabilità è lontana dal rappresentare la soddisfazione dei pazienti dell'IsMeTT (ciò era chiaro dai diversi grafici).

Con riferimento a tali risultati si può affermare che, per ciò che concerne il primo confronto, quello relativo all'ipotesi di equiprobabilità, la massima dissomiglianza si ha per l'area M, ciò testimonia una certa distanza tra la distribuzione osservata e la distribuzione teorica considerata, ovvero una certa diversità tra la soddisfazione dei pazienti dell'IsMeTT e la soddisfazione dei pazienti che deriva dall'ipotesi teorica avanzata.

Per quanto riguarda il secondo confronto, ottenuto considerando come termine di paragone la seconda distribuzione teorica, l'area che presenta la più alta dissomiglianza è l'area F; il valore più basso dell'indice è relativo all'area B.

Non sembra opportuno fare un test d'ipotesi rispetto alle ipotesi A e B perché i risultati emersi dalle tabelle dimostrano una distanza considerevole dei dati rilevati rispetto alle distribuzioni ipotizzate; si può quindi affermare che vi è un'effettiva differenza tra il livello di soddisfazione dei pazienti dell'IsMeTT e il livello di soddisfazione dei pazienti atteso dalla direzione ospedaliera.

3.3 Tool informatico per la rilevazione della Patient Satisfaction

Le elaborazioni statistiche effettuate fanno riferimento ad un database contenente le risposte dei pazienti ricoverati in degenza nel periodo maggio 2003 – febbraio 2004. Il lavoro svolto può quindi essere definito statico, nel senso che dà informazioni circoscritte ad un determinato periodo di tempo e ad un fissato numero di questionari (nel nostro caso 163).

Ma come valutare la soddisfazione dei pazienti dell'IsMeTT in futuro? Come aggiornare le analisi svolte periodicamente considerando le informazioni derivanti da nuovi questionari?

Per dare una risposta a tali quesiti, si è pensato di costruire un tool informatico con lo scopo di rendere dinamiche tutte le analisi svolte. Questo strumento consente di aggiornare automaticamente i risultati ogni volta che viene aggiunto un nuovo questionario nel database e permette alla direzione sanitaria e amministrativa di poter valutare periodicamente se i servizi erogati conducono alla soddisfazione dei pazienti.

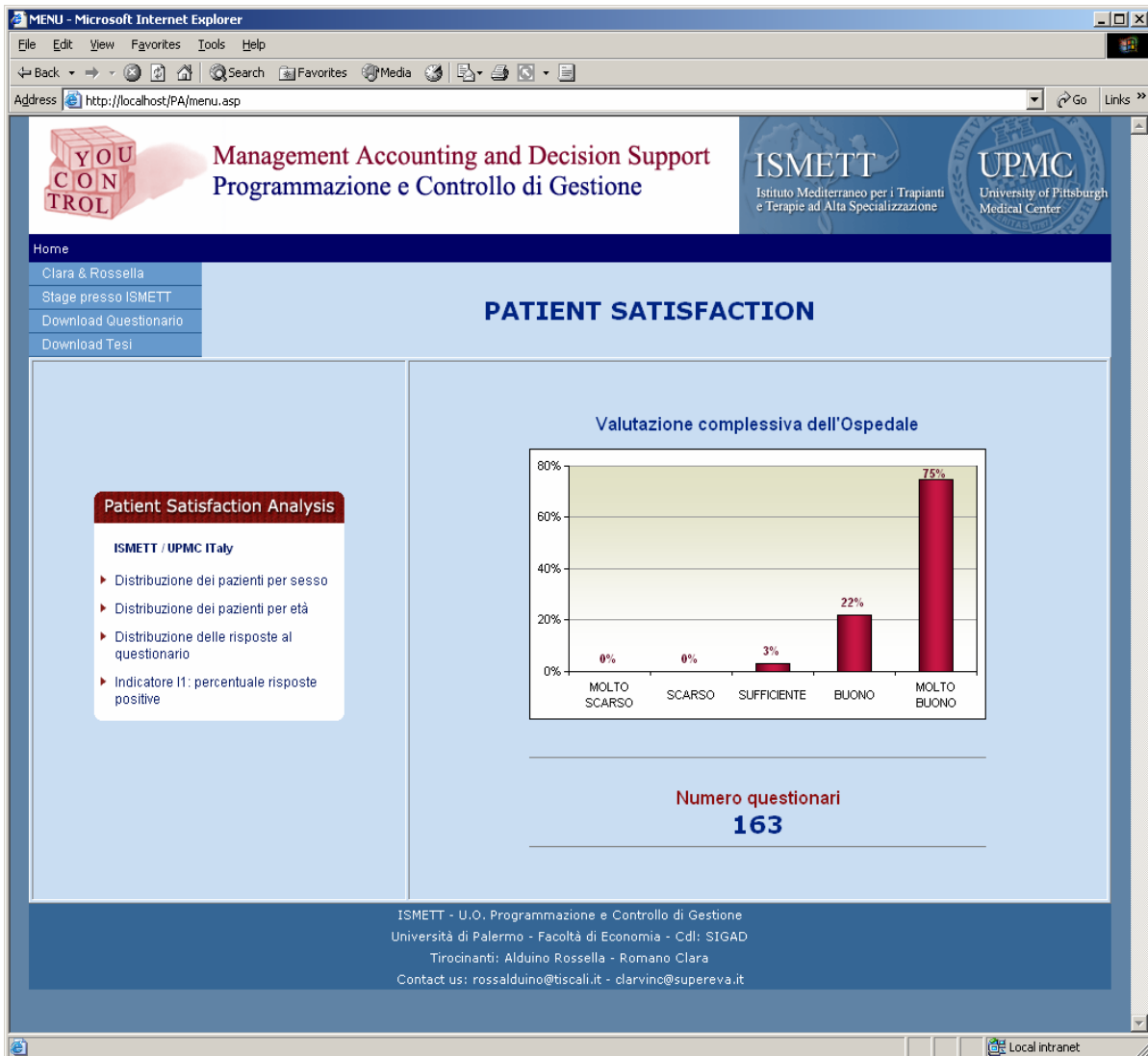
Questo tool consiste in un modulo integrativo della intranet gestionale IsMeTT contenente reportistica, tabelle e grafici statistici che permettono di avere un'analisi dettagliata sui vari aspetti della Patient Satisfaction. È stato realizzato con il linguaggio client-server di Microsoft, ASP 3.0 (Active Server Page) e il linguaggio server-side Javascript. Le pagine ASP sono completamente integrate con i file HTML (Hypertext Markup Language - Linguaggio di contrassegno per gli Iper testi). Inoltre ogni pagina del tool usufruisce della fonte dati Microsoft Access attraverso il linguaggio SQL (Structure Query Language), un linguaggio standard che ha permesso, tramite delle query (interrogazioni), di modificare, cancellare, prelevare ed elaborare i dati del nostro database costituito da 163 records, ognuno dei quali è un questionario con le sue risposte. La visualizzazione di una tabella o grafico presente nel modulo, è stata realizzata tramite una richiesta da parte di ASP, verso il database, di accedere alla tabella o al grafico in questione (SQL) e di tradurre il loro contenuto in una serie di tag HTML.

Nella creazione di questo modulo è rimasto un obiettivo da raggiungere, con lo scopo di realizzarlo in futuro: l'inclusione, all'interno delle analisi, del parametro tempo; in tal modo si darà non solo l'opportunità di scegliere una delle informazioni ricavate dalle analisi svolte, ma anche l'opportunità di ricevere le informazioni relative al gradimento dei pazienti nel periodo desiderato.

Di seguito viene riportata la home page in cui si vede il nome del sito intranet "YOU CONTROL" dell'ufficio U.O. Programmazione e Controllo di Gestione.

Dai 4 link all'interno del box "Patient Satisfaction Analysis" si può accedere a delle pagine attive per ricevere l'informazione che si desidera: il sesso o l'età dei pazienti, la distribuzione delle risposte a ciascuna domanda e area del questionario o l'indicatore relativo alla percentuale di risposte positive.

È possibile visualizzare inoltre il grafico relativo alla valutazione complessiva dell'ospedale e il numero di questionari attualmente presenti nel database.



Di seguito si riporta parte del codice che ha permesso di costruire il grafico sopra descritto:

‘Inclusione del database’

```
<!-- #include file="DB.inc" -->
```

```
<%
```

```
    strSQL = " SELECT COUNT (*) AS TOT FROM QueryUNION_DO_LM WHERE  
                AREA = 'M' GROUP BY AREA "
```

```
    Call ApriRS(strSQL, objRSDATI)
```

```
    TOT=0
```

```
    IF NOT(objRSDATI.EOF) THEN TOT = objRSDATI("TOT")
```

```
    objRSDATI.Close
```

```
    strSQL = "SELECT [RISPOSTA], COUNT(*) AS FREQ " &_  
            " FROM QueryUNION_DO_LM WHERE AREA = 'M' " &_  
            " GROUP BY [RISPOSTA] ORDER BY [RISPOSTA]"
```

```
    Call ApriRS(strSQL, objRSDATI)
```

‘Creazione variabili di conteggio’

```
    tot1 = 0
```

```
    tot2 = 0
```

```
    tot3 = 0
```

```
    tot4 = 0
```

```
    tot5 = 0
```

‘Ciclo do while loop per il calcolo delle frequenze assolute’

```
%>
```

```
    <%Do while not (objRSDATI.EOF) %>
```

```
<%
```

```
    if clnt(objRSDATI("RISPOSTA")) =1 then
```

```
        tot1 = tot1 + clnt(objRSDATI("FREQ"))
```

```
    elseif clnt(objRSDATI("RISPOSTA")) = 2 then
```

```
        tot2 = tot2 + clnt(objRSDATI("FREQ"))
```

```
    elseif clnt(objRSDATI("RISPOSTA")) = 3 then
```

```
        tot3 = tot3 + clnt(objRSDATI("FREQ"))
```

```
    elseif clnt(objRSDATI("RISPOSTA")) = 4 then
```

```
        tot4 = tot4 + clnt(objRSDATI("FREQ"))
```

```
    elseif clnt(objRSDATI("RISPOSTA")) = 5 then
```

```
        tot5 = tot5 + clnt(objRSDATI("FREQ"))
```

```
    end if
```

```
    objRSDATI.movenext
```

```
    loop
```

```
    objRSDATI.CLOSE()
```

```
%>
```

La parte relative all'inclusione del data base, permette, tramite un file di inclusione, di collegare questa pagina attiva, con il database; aprendo il recordset, ovvero l'insieme di risposte che i pazienti hanno dato al questionario, tramite l'istruzione "Call ApriRS", riusciamo ad interrogare il database attraverso le due query in esame (indicate con strSQL); la prima permette di ottenere il totale di tutte le risposte date, in questo caso, all'area M (valutazione complessiva dell'ospedale); la seconda permette di contare le risposte all'interno dell'area raggruppandole nelle cinque modalità che ogni domanda presenta.

Poiché il conteggio avviene tramite lettura singola di ogni record, l'operazione si fermerebbe immediatamente dopo la visualizzazione di ciò che è presente nella prima riga del recordset. Per ovviare a questo problema è necessario costruire un ciclo "do while loop" che permette di contare e raggruppare le risposte fino a quando non si giunge alla fine del record ("objRSDATI.movenext").

Conclusioni

Nel giudicare l'esperienza di stage, non possiamo che esprimere un giudizio positivo; l'ambiente di lavoro ci ha accolto molto bene da un punto di vista sia professionale sia umana. L'organizzazione sanitaria e amministrativa dell'IsMeTT ci ha permesso di venire a conoscenza di una cultura sanitaria all'avanguardia.

Sicuramente, possiamo affermare, con convinzione, che quest'esperienza di tirocinio ha fornito all'organizzazione ospedaliera dell'IsMeTT l'opportunità di disporre di uno strumento utile che permette un veloce aggiornamento delle informazioni circa la soddisfazione dei pazienti. Inoltre ha arricchito da un lato il nostro bagaglio sia statistico che informatico, sviluppando la conoscenza di linguaggi di programmazione utili per la gestione di grandi quantità di dati e di database relazionali, dall'altro lato ci ha posti davanti, anzi all'interno del mondo del lavoro.

Ritengo che abbiamo raggiunto l'obiettivo: "entrare dentro i dati" per fornire informazioni dettagliate ai decisori. Tuttavia, vogliamo fornire un suggerimento: l'introduzione nel questionario di due domande relative al livello di istruzione e alla patologia del paziente. Il livello di istruzione potrebbe essere inserito tra i dati anagrafici attraverso una domanda a scelta multipla con modalità di risposta: licenza elementare, media, diploma, laurea. In riferimento alla seconda domanda è difficile stabilire le modalità di risposta relativa alla patologia, infatti da un lato non è possibile inserire il nome dei reparti perché all'IsMeTT non vi è una differenziazione per reparto, dall'altro lato potrebbe risultare difficile per il paziente rispondere ad una domanda in cui sono presenti tutte le specialità.

Una soluzione potrebbe essere quella di inserire nella prima pagina del questionario la domanda a risposta libera: "Per quale motivo è stato ricoverato?".

Possiamo ritenerci molto soddisfatte dell'interesse che l'azienda ha mostrato non solo nei confronti del lavoro da noi svolto, ma in generale dell'importanza di rilevare la Patient Satisfaction e di porre al centro dell'attenzione i bisogni e le aspettative del paziente.

Facendo cara e preziosa tale esperienza abbiamo apprezzato l'impegno e il sacrificio che necessitano quando si ha un grande obiettivo da raggiungere che è quello della soddisfazione personale nell'aver realizzato un lavoro importante.

Appendice

Lo spazio di questa appendice è riservato a due allegati: il primo è il questionario utilizzato, mostrato qui per esteso allo scopo di facilitare la comprensione delle analisi svolte; il secondo riguarda l'analisi dettagliata di ciascuna domanda del questionario relativamente alle aree analizzate in questo lavoro, riportando qui le distribuzioni delle risposte e il relativo grafico;

Allegato 1

QUESTIONARIO

PAZIENTI



ISMETT

**Istituto Mediterraneo per i Trapianti
e Terapie ad Alta Specializzazione**

Qualità dei Servizi di Degenza

Questionario

La preghiamo di rispondere alle domande contenute nel presente questionario per aiutare l'ISMETT a migliorare i servizi e la qualità dell'assistenza ai pazienti

QUESTIONARIO PAZIENTI

ISTRUZIONI: La preghiamo di inserire i dati Informativi iniziali ed indicare il giudizio (se applicabile) che meglio descriva la qualità dei servizi da lei ricevuti durante il suo ricovero all'ISMETT e, dopo aver compilato il questionario in tutte le sue parti, di imbucarlo nell'apposita cassetta. Troverà in calce uno spazio per aggiungere eventuali commenti. Grazie.

Dati Informativi (contrassegnare ed inserire i dati nelle caselle)

| | | | | | | |
|---|---|--------------|--------|-------------|-------|-------------|
| 1 | Questo è stato il suo primo ricovero all'ISMETT? | SI | NO | | | |
| 2 | Numero di giorni trascorsi in Ospedale | | | | | |
| 3 | Data di compilazione questionario | | | | | |
| 4 | Sesso | M | F | | | |
| 5 | Età | | | | | |
| 6 | Come descriverebbe il suo stato di salute paragonato a quello di una persona della sua stessa età | Molto scarso | Scarso | Sufficiente | Buono | Molto buono |

| A. Ammissione | Molto scarso | Scarso | Sufficiente | Buono | Molto buono |
|--|--------------|--------|-------------|-------|-------------|
| 1. Velocità della procedura di ammissione | | | | | |
| 2. Cortesia della persona che ha curato la procedura di ammissione | | | | | |
| 3. Efficienza della procedura di ammissione | | | | | |

Commenti (descriva la sua esperienza):

| B. Stanza | Molto scarso | Scarso | Sufficiente | Buono | Molto buono |
|---|--------------|--------|-------------|-------|-------------|
| 1. Pulizia della stanza | | | | | |
| 2. Cortesia della persona addetta alla pulizia | | | | | |
| 3. Temperatura all'interno della stanza | | | | | |
| 4. Tranquillità dentro e fuori la stanza | | | | | |
| 5. Funzionamento degli accessori (TV, campanello per l'infermiere, letto, ecc.) | | | | | |

Commenti (descriva la sua esperienza):

| C. Pasti | Molto scarso | Scarso | Sufficiente | Buono | Molto buono |
|---|--------------|--------|-------------|-------|-------------|
| 1. Se sottoposto ad un regime alimentare particolare e/o limitato, in che modo esso le è stato spiegato | | | | | |
| 2. Temperatura del cibo (caldo o freddo) | | | | | |
| 3. Qualità del cibo | | | | | |
| 4. Cortesia della persona che le ha servito i pasti | | | | | |

Commenti (descriva la sua esperienza):

| D. Personale infermieristico | <i>Molto scarso</i> | <i>Scarso</i> | <i>Sufficiente</i> | <i>Buono</i> | <i>Molto buono</i> |
|---|---------------------|---------------|--------------------|--------------|--------------------|
| 1. Cortesia e disponibilità degli infermieri | | | | | |
| 2. Prontezza nel rispondere al campanello di chiamata | | | | | |
| 3. Atteggiamento degli infermieri nei confronti delle sue richieste | | | | | |
| 4. Attenzione alle sue esigenze specifiche | | | | | |
| 5. Informazioni ricevute dagli infermieri | | | | | |
| 6. Capacità professionale degli infermieri | | | | | |
| 7. Giudizio complessivo sull'assistenza ricevuta dagli infermieri | | | | | |

Commenti (descriva la sua esperienza):

| E. Esami e terapie | <i>Molto scarso</i> | <i>Scarso</i> | <i>Sufficiente</i> | <i>Buono</i> | <i>Molto buono</i> |
|--|---------------------|---------------|--------------------|--------------|--------------------|
| 1. Tempi di attesa per esami e terapie | | | | | |
| 2. Informazioni ricevute prima dell'esecuzione degli esami o delle terapie | | | | | |
| 3. Abilità della persona addetta al prelievo di sangue | | | | | |
| 4. Abilità della persona che ha inserito la linea Endovena | | | | | |
| 5. Informazioni ricevute su quanto avvenuto dopo gli esami o le procedure | | | | | |
| 6. Sensibilità e disponibilità del personale nei suoi confronti | | | | | |

Commenti (descriva la sua esperienza):

| F. Servizi di supporto | <i>Molto scarso</i> | <i>Scarso</i> | <i>Sufficiente</i> | <i>Buono</i> | <i>Molto buono</i> |
|--|---------------------|---------------|--------------------|--------------|--------------------|
| 1. Cortesia e disponibilità del fisioterapista | | | | | |
| 2. Informazioni ricevute sulle varie fasi della fisioterapia | | | | | |
| 3. Cortesia e disponibilità del terapeuta della respirazione. | | | | | |
| 4. Informazioni ricevute sulle varie fasi della terapia respiratoria | | | | | |

Commenti (descriva la sua esperienza):

| G. Visite e parenti | <i>Molto scarso</i> | <i>Scarso</i> | <i>Sufficiente</i> | <i>Buono</i> | <i>Molto buono</i> |
|---|---------------------|---------------|--------------------|--------------|--------------------|
| 1. Assistenza ricevuta al banco informazioni | | | | | |
| 2. Accoglienza riservata ai visitatori | | | | | |
| 3. Atteggiamento del personale nei riguardi dei suoi familiari in visita | | | | | |
| 4. Informazioni fornite ai suoi familiari circa le sue condizioni ed il suo trattamento | | | | | |

Commenti (descriva la sua esperienza):

| H. Medico | <i>Molto scarso</i> | <i>Scarso</i> | <i>Sufficiente</i> | <i>Buono</i> | <i>Molto buono</i> |
|--|---------------------|---------------|--------------------|--------------|--------------------|
| 1. Quantità di tempo che il medico ha trascorso con lei | | | | | |
| 2. Attenzione del medico alle sue domande e preoccupazioni | | | | | |
| 3. Informazioni ricevute dal medico | | | | | |
| 4. Cortesia e disponibilità del medico | | | | | |
| 5. Capacità professionale del medico | | | | | |

Commenti (descriva la sua esperienza):

| I. Dimissione | <i>Molto scarso</i> | <i>Scarso</i> | <i>Sufficiente</i> | <i>Buono</i> | <i>Molto buono</i> |
|--|---------------------|---------------|--------------------|--------------|--------------------|
| 1. Misura in cui si sentiva pronto ad essere dimesso | | | | | |
| 2. Velocità della procedura di dimissione a partire dal momento in cui le era stato comunicato il suo ritorno a casa | | | | | |
| 3. Indicazioni ricevute su come curarsi a casa | | | | | |
| 4. Indicazioni sull'uso dei farmaci dopo la dimissione (inclusi potenziali effetti collaterali) | | | | | |

Commenti (descriva la sua esperienza):

| L. Questioni personali | <i>Molto scarso</i> | <i>Scarso</i> | <i>Sufficiente</i> | <i>Buono</i> | <i>Molto buono</i> |
|---|---------------------|---------------|--------------------|--------------|--------------------|
| 1. Rispetto della sua privacy da parte del personale | | | | | |
| 2. Sensibilità del personale nei confronti di eventuali disagi causati da problemi di salute e dalla permanenza in ospedale | | | | | |
| 3. In che modo il dolore è stato mantenuto sotto controllo | | | | | |
| 4. Risposta alle sue preoccupazioni e/o lamentele durante la permanenza in ospedale | | | | | |
| 5. Attenzione del personale e del medico a coinvolgerla nelle decisioni sul suo trattamento | | | | | |
| 6. Attenzione e disponibilità del personale rispetto a suoi bisogni specifici | | | | | |

Commenti (descriva la sua esperienza):

| M. Valutazione complessiva dell'Ospedale | <i>Molto scarso</i> | <i>Scarso</i> | <i>Sufficiente</i> | <i>Buono</i> | <i>Molto buono</i> |
|--|---------------------|---------------|--------------------|--------------|--------------------|
| 1. Grado di cordialità riscontrata nell'Ospedale | | | | | |
| 2. Qualità della collaborazione del personale nel fornire l'assistenza | | | | | |
| 3. Eventualità di consigliare questo Ospedale ad altre persone | | | | | |
| 4. Giudizio globale sull'assistenza ricevuta | | | | | |
| 5. Giudizio complessivo sul personale | | | | | |

Commenti (descriva la sua esperienza):

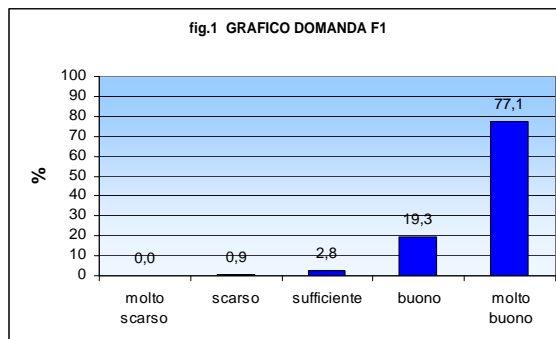
Allegato 2

AREA F: Servizi di supporto

Tab.1 Domanda F1

| RISPOSTE | VALORE | NUMERO PAZIENTI | % |
|--------------------|--------|-----------------|--------------|
| molto scarso | 1 | 0 | 0,0 |
| s c a r s o | 2 | 1 | 0,9 |
| sufficiente | 3 | 3 | 2,8 |
| b u o n o | 4 | 21 | 19,3 |
| molto buono | 5 | 84 | 77,1 |
| T O T A L E | | 109 | 100,0 |

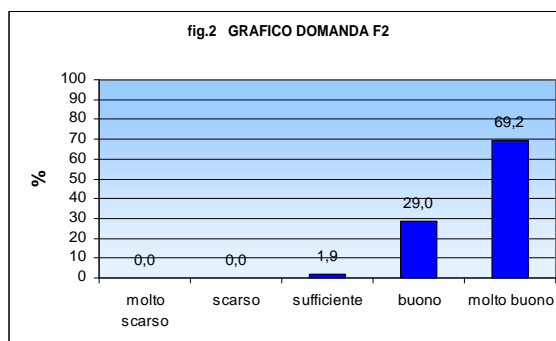
DATI MANCANTI: 54



Tab.2 Domanda F2

| RISPOSTE | VALORE | NUMERO PAZIENTI | % |
|--------------------|--------|-----------------|--------------|
| molto scarso | 1 | 0 | 0,0 |
| s c a r s o | 2 | 0 | 0,0 |
| sufficiente | 3 | 2 | 1,9 |
| b u o n o | 4 | 31 | 29,0 |
| molto buono | 5 | 74 | 69,2 |
| T O T A L E | | 107 | 100,0 |

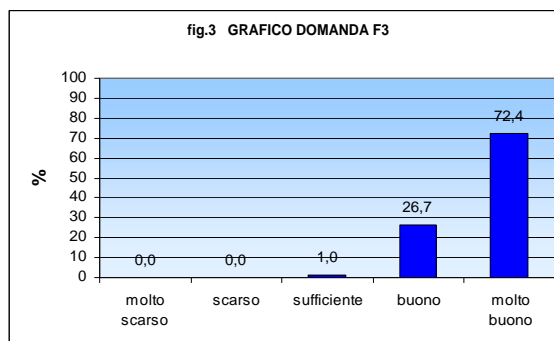
DATI MANCANTI: 56



Tab.3 Domanda F3

| RISPOSTE | VALORE | NUMERO PAZIENTI | % |
|--------------------|--------|-----------------|--------------|
| molto scarso | 1 | 0 | 0,0 |
| s c a r s o | 2 | 0 | 0,0 |
| sufficiente | 3 | 1 | 1,0 |
| b u o n o | 4 | 28 | 26,7 |
| molto buono | 5 | 76 | 72,4 |
| T O T A L E | | 105 | 100,0 |

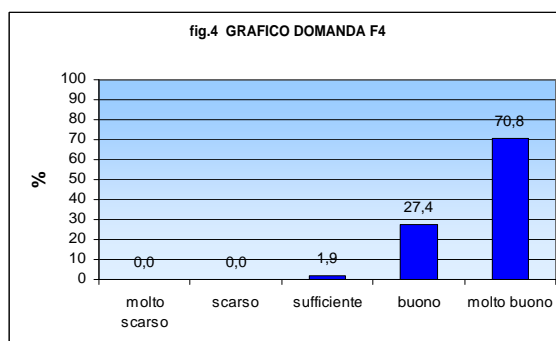
DATI MANCANTI: 58



Tab.4 Domanda F4

| RISPOSTE | VALORE | NUMERO PAZIENTI | % |
|--------------------|--------|-----------------|--------------|
| molto scarso | 1 | 0 | 0,0 |
| s c a r s o | 2 | 0 | 0,0 |
| sufficiente | 3 | 2 | 1,9 |
| b u o n o | 4 | 29 | 27,4 |
| molto buono | 5 | 75 | 70,8 |
| T O T A L E | | 106 | 100,0 |

DATI MANCANTI: 57

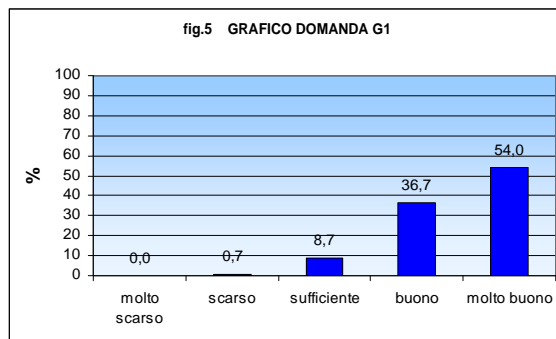


AREA G: Visite e parenti

Tab.5 Domanda G1

| RISPOSTE | VALORE | NUMERO PAZIENTI | % |
|--------------------|--------|-----------------|--------------|
| molto scarso | 1 | 0 | 0,0 |
| s c a r s o | 2 | 1 | 0,7 |
| sufficiente | 3 | 13 | 8,7 |
| b u o n o | 4 | 55 | 36,7 |
| molto buono | 5 | 81 | 54,0 |
| T O T A L E | | 150 | 100,0 |

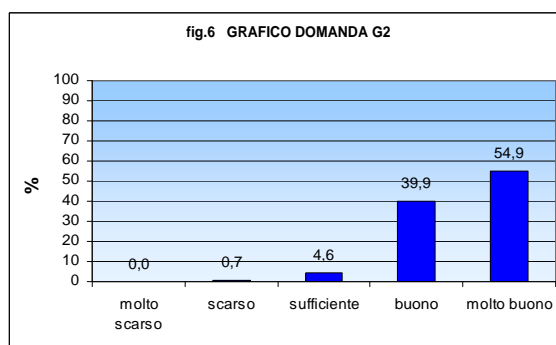
DATI MANCANTI: 13



Tab.6 Domanda G2

| RISPOSTE | VALORE | NUMERO PAZIENTI | % |
|--------------------|--------|-----------------|--------------|
| molto scarso | 1 | 0 | 0,0 |
| s c a r s o | 2 | 1 | 0,7 |
| sufficiente | 3 | 7 | 4,6 |
| b u o n o | 4 | 61 | 39,9 |
| molto buono | 5 | 84 | 54,9 |
| T O T A L E | | 153 | 100,0 |

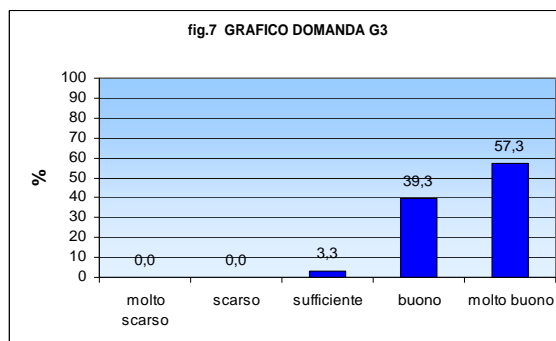
DATI MANCANTI: 10



Tab.7 Domanda G3

| RISPOSTE | VALORE | NUMERO PAZIENTI | % |
|--------------------|--------|-----------------|--------------|
| molto scarso | 1 | 0 | 0,0 |
| s c a r s o | 2 | 0 | 0,0 |
| sufficiente | 3 | 5 | 3,3 |
| b u o n o | 4 | 59 | 39,3 |
| molto buono | 5 | 86 | 57,3 |
| T O T A L E | | 150 | 100,0 |

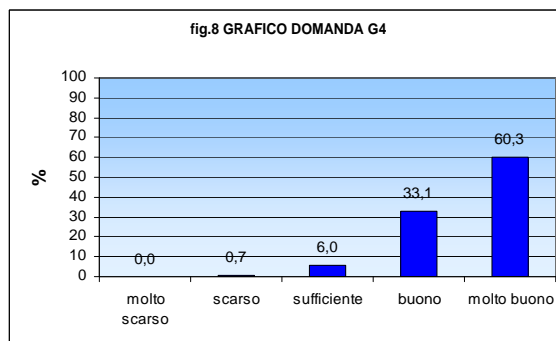
DATI MANCANTI: 13



Tab.8 Domanda G4

| RISPOSTE | VALORE | NUMERO PAZIENTI | % |
|--------------------|--------|-----------------|--------------|
| molto scarso | 1 | 0 | 0,0 |
| s c a r s o | 2 | 1 | 0,7 |
| sufficiente | 3 | 9 | 6,0 |
| b u o n o | 4 | 50 | 33,1 |
| molto buono | 5 | 91 | 60,3 |
| T O T A L E | | 151 | 100,0 |

DATI MANCANTI: 12

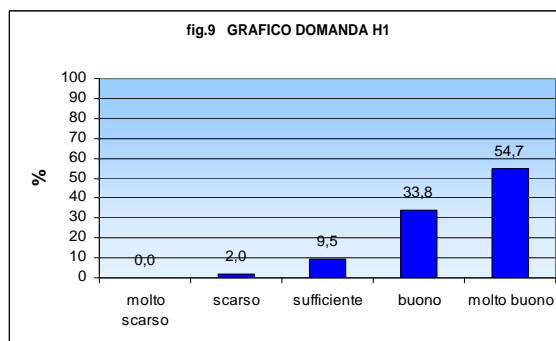


AREA H: Medico

Tab.9 Domanda H1

| RISPOSTE | VALORE | NUMERO PAZIENTI | % |
|--------------------|--------|-----------------|--------------|
| molto scarso | 1 | 0 | 0,0 |
| s c a r s o | 2 | 3 | 2,0 |
| sufficiente | 3 | 14 | 9,5 |
| b u o n o | 4 | 50 | 33,8 |
| molto buono | 5 | 81 | 54,7 |
| T O T A L E | | 148 | 100,0 |

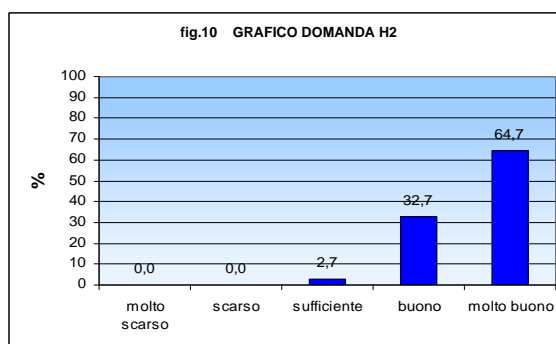
DATI MANCANTI: 15



Tab.10 Domanda H2

| RISPOSTE | VALORE | NUMERO PAZIENTI | % |
|--------------------|--------|-----------------|--------------|
| molto scarso | 1 | 0 | 0,0 |
| s c a r s o | 2 | 0 | 0,0 |
| sufficiente | 3 | 4 | 2,7 |
| b u o n o | 4 | 49 | 32,7 |
| molto buono | 5 | 97 | 64,7 |
| T O T A L E | | 150 | 100,0 |

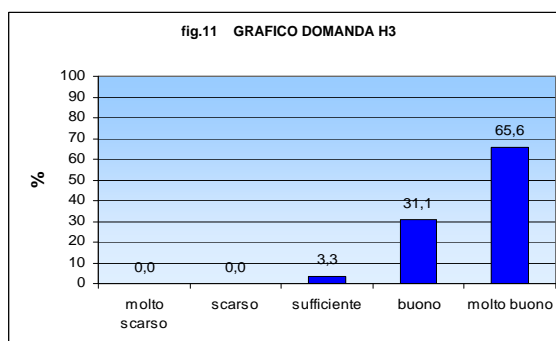
DATI MANCANTI: 13



Tab.11 Domanda H3

| RISPOSTE | VALORE | NUMERO PAZIENTI | % |
|--------------------|--------|-----------------|--------------|
| molto scarso | 1 | 0 | 0,0 |
| s c a r s o | 2 | 0 | 0,0 |
| sufficiente | 3 | 5 | 3,3 |
| b u o n o | 4 | 47 | 31,1 |
| molto buono | 5 | 99 | 65,6 |
| T O T A L E | | 150 | 100,0 |

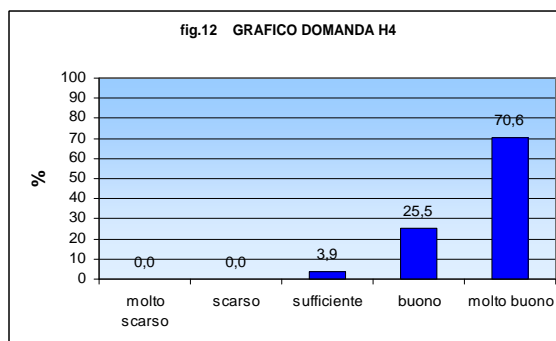
DATI MANCANTI: 12



Tab.12 Domanda H4

| RISPOSTE | VALORE | NUMERO PAZIENTI | % |
|--------------------|--------|-----------------|--------------|
| molto scarso | 1 | 0 | 0,0 |
| s c a r s o | 2 | 0 | 0,0 |
| sufficiente | 3 | 6 | 3,9 |
| b u o n o | 4 | 39 | 25,5 |
| molto buono | 5 | 108 | 70,6 |
| T O T A L E | | 153 | 100,0 |

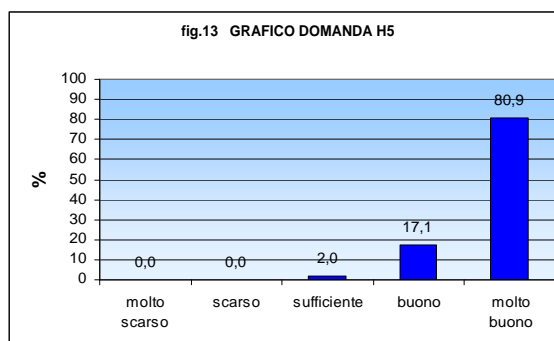
DATI MANCANTI: 10



Tab.13 Domanda H5

| RISPOSTE | VALORE | NUMERO PAZIENTI | % |
|--------------------|--------|-----------------|--------------|
| molto scarso | 1 | 0 | 0,0 |
| s c a r s o | 2 | 0 | 0,0 |
| sufficiente | 3 | 3 | 2,0 |
| b u o n o | 4 | 26 | 17,1 |
| molto buono | 5 | 123 | 80,9 |
| T O T A L E | | 152 | 100,0 |

DATI MANCANTI: 11

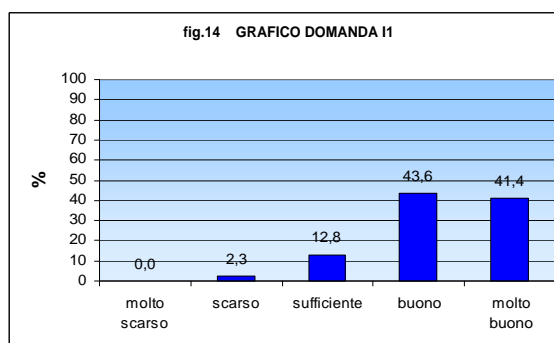


AREA I: Dimissione

Tab.14 Domanda I1

| RISPOSTE | VALORE | NUMERO PAZIENTI | % |
|--------------------|--------|-----------------|--------------|
| molto scarso | 1 | 0 | 0,0 |
| s c a r s o | 2 | 3 | 2,3 |
| sufficiente | 3 | 17 | 12,8 |
| b u o n o | 4 | 58 | 43,6 |
| molto buono | 5 | 55 | 41,4 |
| T O T A L E | | 133 | 100,0 |

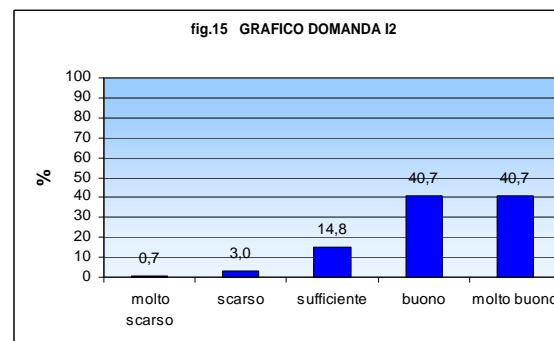
DATI MANCANTI: 30



Tab.15 Domanda I2

| RISPOSTE | VALORE | FREQ. ASSOLUTE | % |
|--------------------|--------|----------------|--------------|
| molto scarso | 1 | 1 | 0,7 |
| s c a r s o | 2 | 4 | 3,0 |
| sufficiente | 3 | 20 | 14,8 |
| b u o n o | 4 | 55 | 40,7 |
| molto buono | 5 | 55 | 40,7 |
| T O T A L E | | 135 | 100,0 |

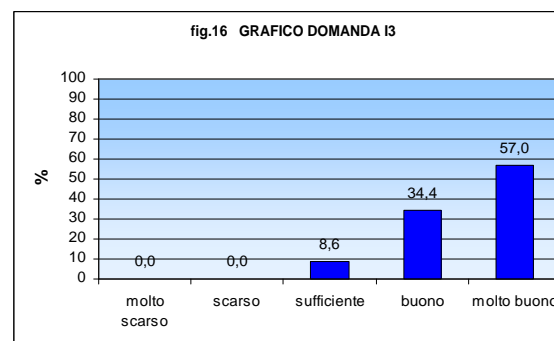
DATI MANCANTI: 28



Tab.16 Domanda I3

| RISPOSTE | VALORE | NUMERO PAZIENTI | % |
|--------------------|--------|-----------------|--------------|
| molto scarso | 1 | 0 | 0,0 |
| s c a r s o | 2 | 0 | 0,0 |
| sufficiente | 3 | 11 | 8,6 |
| b u o n o | 4 | 44 | 34,4 |
| molto buono | 5 | 73 | 57,0 |
| T O T A L E | | 128 | 100,0 |

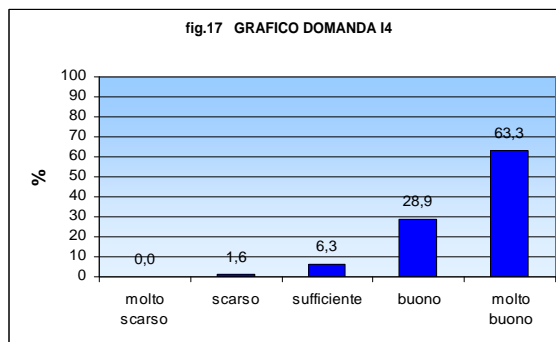
DATI MANCANTI: 35



Tab.17 Domanda I4

| RISPOSTE | VALORE | NUMERO PAZIENTI | % |
|--------------------|--------|-----------------|--------------|
| molto scarso | 1 | 0 | 0,0 |
| s c a r s o | 2 | 2 | 1,6 |
| sufficiente | 3 | 8 | 6,3 |
| b u o n o | 4 | 37 | 28,9 |
| molto buono | 5 | 81 | 63,3 |
| T O T A L E | | 128 | 100,0 |

DATI MANCANTI: 35

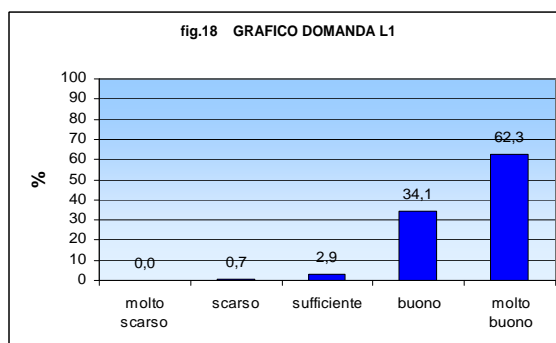


AREA L: Questioni Personali

Tab.18 Domanda L1

| RISPOSTE | VALORE | NUMERO PAZIENTI | % |
|--------------------|--------|-----------------|--------------|
| molto scarso | 1 | 0 | 0,0 |
| s c a r s o | 2 | 1 | 0,7 |
| sufficiente | 3 | 4 | 2,9 |
| b u o n o | 4 | 47 | 34,1 |
| molto buono | 5 | 86 | 62,3 |
| T O T A L E | | 138 | 100,0 |

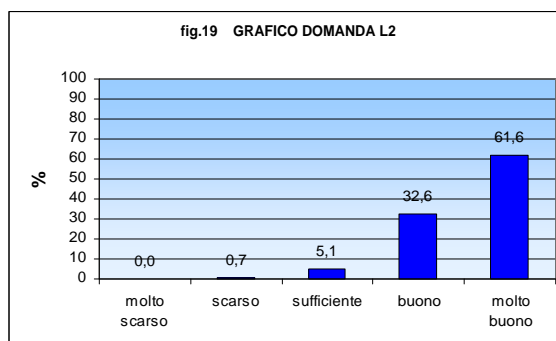
DATI MANCANTI: 25



Tab.19 Domanda L2

| RISPOSTE | VALORE | NUMERO PAZIENTI | % |
|--------------------|--------|-----------------|--------------|
| molto scarso | 1 | 0 | 0,0 |
| s c a r s o | 2 | 1 | 0,7 |
| sufficiente | 3 | 7 | 5,1 |
| b u o n o | 4 | 45 | 32,6 |
| molto buono | 5 | 85 | 61,6 |
| T O T A L E | | 138 | 100,0 |

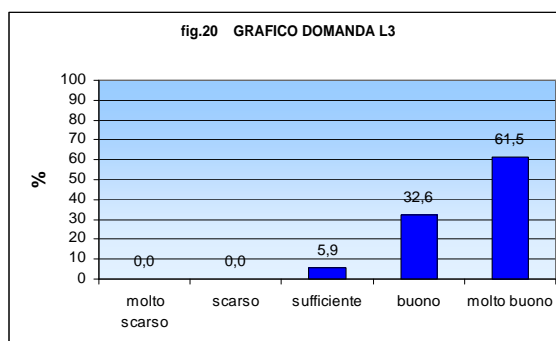
DATI MANCANTI: 25



Tab.20 Domanda L3

| RISPOSTE | VALORE | NUMERO PAZIENTI | % |
|--------------------|--------|-----------------|--------------|
| molto scarso | 1 | 0 | 0,0 |
| s c a r s o | 2 | 0 | 0,0 |
| sufficiente | 3 | 8 | 5,9 |
| b u o n o | 4 | 44 | 32,6 |
| molto buono | 5 | 83 | 61,5 |
| T O T A L E | | 135 | 100,0 |

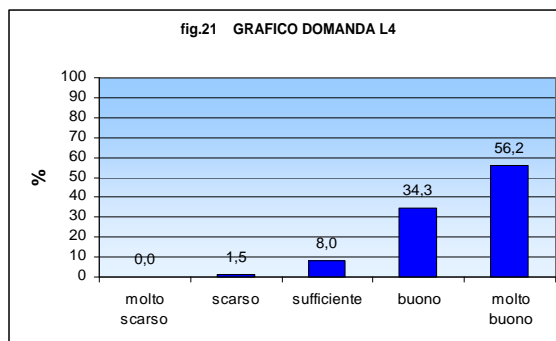
DATI MANCANTI: 28



Tab.21 Domanda L4

| RISPOSTE | VALORE | NUMERO PAZIENTI | % |
|--------------------|--------|-----------------|--------------|
| molto scarso | 1 | 0 | 0,0 |
| s c a r s o | 2 | 2 | 1,5 |
| sufficiente | 3 | 11 | 8,0 |
| b u o n o | 4 | 47 | 34,3 |
| molto buono | 5 | 77 | 56,2 |
| T O T A L E | | 137 | 100,0 |

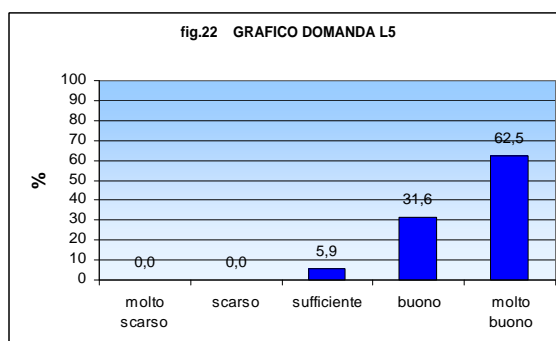
DATI MANCANTI: 26



Tab.22 Domanda L5

| RISPOSTE | VALORE | NUMERO PAZIENTI | % |
|--------------------|--------|-----------------|--------------|
| molto scarso | 1 | 0 | 0,0 |
| s c a r s o | 2 | 0 | 0,0 |
| sufficiente | 3 | 8 | 5,9 |
| b u o n o | 4 | 43 | 31,6 |
| molto buono | 5 | 85 | 62,5 |
| T O T A L E | | 136 | 100,0 |

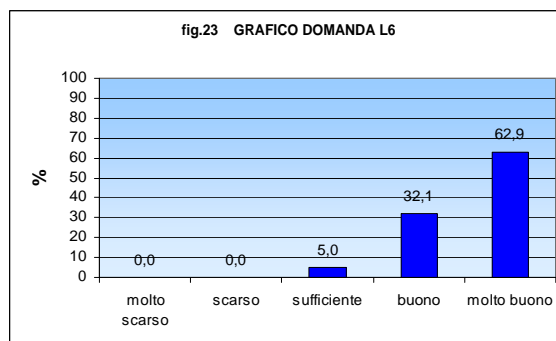
DATI MANCANTI: 27



Tab.23 Domanda L6

| RISPOSTE | VALORE | NUMERO PAZIENTI | % |
|--------------------|--------|-----------------|--------------|
| molto scarso | 1 | 0 | 0,0 |
| s c a r s o | 2 | 0 | 0,0 |
| sufficiente | 3 | 7 | 5,0 |
| b u o n o | 4 | 45 | 32,1 |
| molto buono | 5 | 88 | 62,9 |
| T O T A L E | | 140 | 100,0 |

DATI MANCANTI: 23

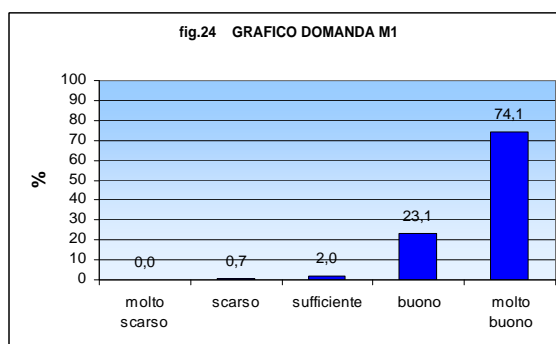


AREA M: Valutazione complessiva dell'Ospedale

Tab.24 Domanda M1

| RISPOSTE | VALORE | NUMERO PAZIENTI | % |
|--------------------|--------|-----------------|--------------|
| molto scarso | 1 | 0 | 0,0 |
| s c a r s o | 2 | 1 | 0,7 |
| sufficiente | 3 | 3 | 2,0 |
| b u o n o | 4 | 34 | 23,1 |
| molto buono | 5 | 109 | 74,1 |
| T O T A L E | | 147 | 100,0 |

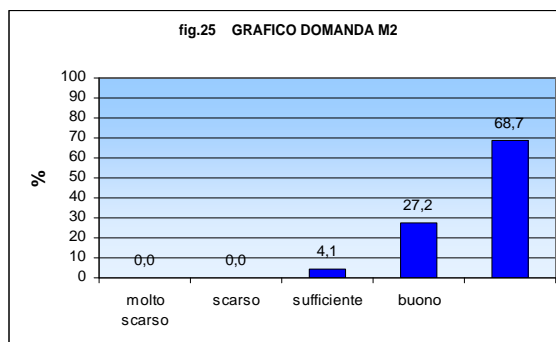
DATI MANCANTI: 16



Tab.25 Domanda M2

| RISPOSTE | VALORE | NUMERO PAZIENTI | % |
|--------------------|--------|-----------------|--------------|
| molto scarso | 1 | 0 | 0,0 |
| s c a r s o | 2 | 0 | 0,0 |
| sufficiente | 3 | 6 | 4,1 |
| b u o n o | 4 | 40 | 27,2 |
| molto buono | 5 | 101 | 68,7 |
| T O T A L E | | 147 | 100,0 |

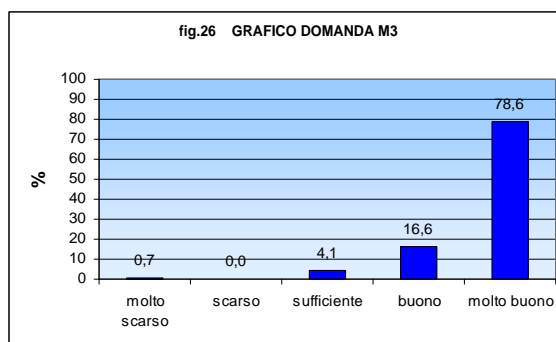
DATI MANCANTI: 16



Tab.26 Domanda M3

| RISPOSTE | VALORE | NUMERO PAZIENTI | % |
|--------------------|--------|-----------------|--------------|
| molto scarso | 1 | 1 | 0,7 |
| s c a r s o | 2 | 0 | 0,0 |
| sufficiente | 3 | 6 | 4,1 |
| b u o n o | 4 | 24 | 16,6 |
| molto buono | 5 | 114 | 78,6 |
| T O T A L E | | 145 | 100,0 |

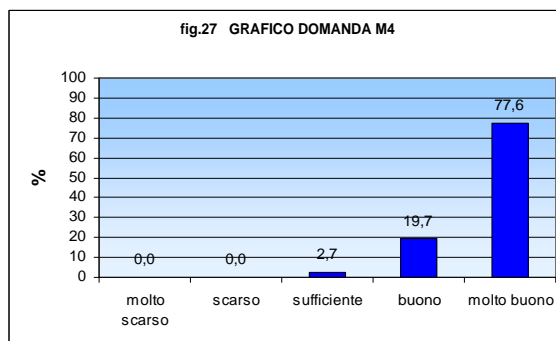
DATI MANCANTI: 18



Tab.27 Domanda M4

| RISPOSTE | VALORE | NUMERO PAZIENTI | % |
|--------------------|--------|-----------------|--------------|
| molto scarso | 1 | 0 | 0,0 |
| s c a r s o | 2 | 0 | 0,0 |
| sufficiente | 3 | 4 | 2,7 |
| b u o n o | 4 | 29 | 19,7 |
| molto buono | 5 | 114 | 77,6 |
| T O T A L E | | 147 | 100,0 |

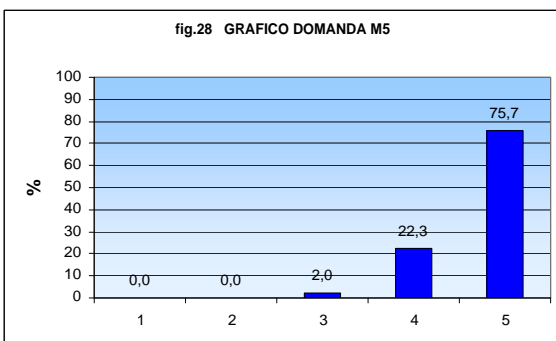
DATI MANCANTI: 15



Tab.28 Domanda M5

| RISPOSTE | VALORE | NUMERO PAZIENTI | % |
|--------------------|--------|-----------------|--------------|
| molto scarso | 1 | 0 | 0,0 |
| s c a r s o | 2 | 0 | 0,0 |
| sufficiente | 3 | 3 | 2,0 |
| b u o n o | 4 | 33 | 22,3 |
| molto buono | 5 | 112 | 75,7 |
| T O T A L E | | 148 | 100,0 |

DATI MANCANTI: 15



Bibliografia

- Margheri Andrea
“Qualità e Customer Satisfaction negli enti locali”
Edizione Cedam.
- Mazzacurati Paolo
“T.S.R.M. Customer Satisfaction”
Edizione Sorbona.
- Tanese Angelo, Negro Giuseppe, Gramigna Annalisa
“La Customer Satisfaction nelle amministrazioni pubbliche”
Cantieri, edizione Rubbettino.
- Schiavi Giovanni
“La misurazione della Customer Satisfaction nelle aziende sanitarie”
Franco Angeli Editore, Milano.
- Meneghini Anna Maria
“Emozioni, soddisfazione e giudizi di qualità del cliente”
Edizioni libreria Cortina, Verona.
- Cuomo Maria Teresa
“Vantaggio competitivo e creazione di valore”
Edizione Cedam.
- Hayes Bob E.
“Measuring Customer Satisfaction”
ASQ Quality Press.

- Goodman J.
“The nature of Customer Satisfaction”
ASQ Quality Press.
- Hannan M., Karp P.
“Customer Satisfaction: how to maximize, measure and market your company’s
ultimate product”
American management association, New York.
- Del Vecchio Francesco
“Statistica per la ricerca sociale”
Cacucci Editore, Bari.
- Lehmann
“Non Parametrics Statistical methods based on ranks”
Holden Day.
- Hernandez Michael J., Viescas John L.
“SQL”
Mondadori – Infomatica.
- Rappagliosi Cristina Maria
“Scuola e qualità: la Customer Satisfaction”
Franco Angeli Editore, Milano.

Siti internet consultati

- www.ismett.edu
- www.upmc.edu
- www.hospvd.ch
- www.ea2000.it
- www.html.it
- www.istat.it